Nr. 29 i 30. 25. lipca 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prym. Dr. Witold LIPIŃSKI i Dr. J. ARTYMOWSKA. Lwów.

Przyczynek do badań nad agranulocytozą.

Pod nazwą agranulocytozy wyodrębnił przed niespełna czterema laty Werner Schultz nową jednostkę chorobową z charakterystycznemi zmianami w jamie ustnej, przy typowym obrazie krwi. Agranulocytoza występuje nagle, wśród silnych bólów gardła, wysokiej ciepłoty i uczucia ogólnego schorzenia, u osób uprzednio zupełnie zdrowych. Zmiany w jamie ustnej umiejscawiają się głównie na migdałkach, rzadziej na języku, na błonie śluzowej dziąseł i krtani, lub wreszcie na narządach rodnych zewnętrznych i w przewodzie pokarmowym, a przedstawiają się klinicznie jako owrzodzenia drobne, powierzchowne lub też jako głębokie zmiany martwicze, dyfteroidalne. W pewnej odsetce przypadków Schultz spostrzegał powiększenie wątroby i śledziony. Stale występowała żółtaczka. Najbardziej charakterystycznym jest obraz krwi. Przychodzi bowiem do znacznego zmniejszenia ogólnej ilości ciałek białych, przyczem wielojądrzaste neutrochłonne i eozynofilne mogą spaść nawet do zera, podczas gdy limfocyty i monocyty uzyskują znaczną przewagę. Ilość krwinek czerwonych w przypadkach Schultza była prawie niezmieniona. Płytki krwi znajdywano w ilości znacznej.

Zmiany anatomopatologiczne dotyczą w pierwszym rzędzie szpiku kostnego kości długich. Badanie szpiku kostnego kości długich wykazuje znaczne zmniejszenie granulocytów. Działanie proteolityczne szpiku kostnego jest zupełnie zahamowane przy agranulocytozie, podczas gdy t. zw. antiproteolityczna właściwość surowicy występuje wyraźnie. Zmiany nekrotyczne nie ograniczają się jednakowoż wyłącznie do jamy ustnej. Spostrzegano je na stole sekcyjnym w przeważającej liczbie przypadków również w przewodzie pokarmowym, co uprawniło do przypuszczenia, że zmiany w jamie ustnej sa jedynie wyrazem ogólnego zmniejszenia odporności tkanek, doprowadzającego w następstwie do martwicy.

Badanie bakterjologiczne, jak również usiłowania zakażenia świnek morskich i królików przez podawanie krwi i tkanek nekrotycznych do jamy otrzewnowej, nie dały wyników dodatnich. Schultz przyjmuje zatem, że mamy przed sobą nową jednostkę chorobową o etjologji dotychczas nieznanej, z niszczącem zadziałaniem w pierwszym rzędzie na aparat leukomyeloblastyczny, a związaną patogenetycznie prawdopodobnie z wypadnięciem czynnika hormonalnego, znajdującego się normalnie w zdrowym szpiku kostnym.

Po pierwszej publikacji Schultza ukazał się szereg prac nad agranulocytozą. Friedemann, Lauter, Elkeles, Levett, Petri, Zadek, Ehrmann, Preuss i Bantz opisali nowe przypadki, których liczba wspólnie z przypadkami Schultza, dosięga obecnie dwudziestu kilku. Ramy, zakreślone początkowo dla agranulocytozy przez Schultza, okazały się niebawem za ciasne. Zawrzała walka i podzieliła klinicystów na dwa obozy. Przeciwnicy Schultza (Zadek i inni) odmawiają agranulocytozie, jako osobnej jednostce praw obywatelstwa, nie uważając jej za nową chorobę zakaźną, lecz widzą w niej jedynie wyraz odmiennego oddziaływania biologicznego aparatu leukopoetycznego na bodźce rozmaite.

Przypadek agranulocytozy, spostrzegany przez nas na oddziale zakaźnym tutejszego szpitala powszechnego, zasługuje na szczególne zainteresowanie, jest bowiem pierwszym przypadkiem agranulocytozy u dziecka. Wszystkie przypadki agranulocytozy spostrzegano dotychczas wyłącznie u osób dorosłych (23 przypadków). Pozatem stanowi on nieliczny wyjątek wyleczenia, albowiem dotychczas opisane przypadki, za wyjątkiem trzech, zakończyły się śmiercią.

Dotyczy on chłopca czteroletniego, Stefana F., przywiezionego przez ojca z kresów wschodnich, w stanie daleko posuniętego wyniszczenia.

Anamneza podaje, że dziecko leczone było uprzednio przez lekarza miejscowego z powodu gruźlicy płuc przez kilka miesięcy. Przed trzema tygodniami wystąpił nagle wśród dreszczy i wysokiej ciepłoty silny ból gardła, a po kilku dniach przykry zapach z ust.

Dziecko, o cerze woskowo-bladej, porusza się z trudnością, nie może usiąść na łóżku z powodu znacznego osłabienia. Mowa nosowa, częściowy bezgłos. Podawane pokarmy przyjmuje z trudnością, płyny wracają przez nos. Ciepłota 38.3° C, tętno: 110. Waga dziecka wynosi 9 kg. Badanie jamy ustnej wykazuje: obydwa migdałki, języczek i podniebienie miękkie pokryte nalotami, barwy zielonkawo-szarej, ściśle zrosłemi z podstawą. Przy usiłowaniu zdjęcia, naloty krwawią. Bardzo silny *foetor ex ore*. Wyciek cuchnący z jamy ustnej. Śledziona macalna, twarda. Wątroba macalna, tkliwa, jeden palec poniżej łuku żebrowego. Gruczoły podszczękowe, zwlaszcza po stronie prawej, powiększone, bolesne na ucisk. Gruczoły karkowe, pachowe i pachwinowe macalne, tkliwe.

Badanie bakterjologiczne w kierunku błonicy, o której w pierwszym rzędzie należało myśleć, dało wynik ujemny. Odczyn Schicka był również ujemnym. W preparacie mikroskopowym ze zmian martwiczych w jamie ustnej stwierdzono obok gramoujemnych i gramododatnich ziarniaków i laseczek, prątki z grupy rzekomo-błoniczych i pojedyncze krętki. Odczyn Wassermanna, wykonany tego samego dnia z surowicą krwi, dał wynik ujemny, zarówno z surowicą czynną jak i unieczynnioną. Ujemnym był również odczyn zmętnienia Meinickiego (M. T. R.). Ujemnym był także odczyn Wassermanna wykonany poraz drugi po prowokacji. Badanie bakterjologiczne krwi nie dało wyników dodatnich. Badanie preparatów krwi dało następujące wyniki:

Ilość ciałek białych w 1 mm³ 2.200.

Ilość ciałek czerwonych: 1,310. 000.

Hemoglobiny: 25% — wskaźnik poniżej 1. Poikilocytoza i anizocytoza. Płytek krwi: 300.000.

Badanie preparatu zróżnicowanego wykazało granulocytów: 14% z tego wielojądrzastych, neutrochłonnych: 9%, pałeczkowatych: 3%, młodych: 2%, razem 14% przy znacznej przewadze limfocytów 75% (limfocytów małych 64%, dużych: 11% i monocytów: 10%, i zupełnym braku eozynochłonnych i bazofilnych.

Leczono neosalwarsanem. Podano łącznie 1.05 gr. neosalwarsanu domięśniowo. Miejscowo stosowano neosalwarsan w roztworze gliceryny 1:9.

Tablica, podana poniżej, celem przejrzystego przedstawienia, uzmysławia dokładnie stan chorego w miarę postępującego leczenia.

Jak wynika z zapisków chorobowych, stan dziecka, w chwili przyjęcia zupełnie beznadziejny, poprawia się wyraźnie już na trzeci dzień po podaniu neosalwarsanu. Poprawa widoczną jest w pierwszym rzędzie w jamie ustnej. Zapach cuchnący, niezmiernie przykry dla otoczenia, ustępuje, a zmiany martwicze poczynają się wyraźnie odgraniczać. Obraz krwi wykazuje również znaczną poprawę. Stan ogólny ulega stopniowemu polepszeniu. Dziecko odzyskuje apetyt, przestaje być apatycznem, tak, że w pięć tygodni od chwili rozpoczęścia leczenia, na wyraźne żądanie ojca, opuszcza oddział zakaźny, jako wyleczone. Waga dziecka z chwilą wyjścia ze szpitala wynosi 17 kg. (przybrało zatem 8 kg.).

W jamie ustnej nastąpiło zupełne odgraniczenie i oddzielenie mas martwiczych, co pociągnęło za sobą zniszczenie migdałków i podniebienia miękkiego. Brzegi przyranne uległy zabliźnieniu, pozostawiając szeroki ubytek w podniebieniu. Śledziona i wątroba niemacalne. Gruczoły wyraźnie zmniejszone, jedynie podszczękowe i szyjne zaledwie macalne. Ilość ciałek białych z 2.200 zwiększyła się do 6.250. ciałek czerwonych z 1,310.000 na 4,540.000, hemoglobina 90%. Wyraźną poprawę widzimy również w preparacie zróżnicowanym. Granulocyty z 14% doszły po pięciu tygodniach do 50%, (wielojądrzaste neutrochłonne 37, pałeczkowate 7, młode 6.). Limfocytów małych znaleziono 43, dużych 3. monocyty spadły do 2%.

Z punktu widzenia epidemiologicznego zasługuje na uwagę spostrzeżenie ojca naszego pacjenta, który, odbierając syna, zaznaczył, że w tej samej wiosce zachorowało wśród podobnych objawów ze strony jamy ustnej kilkanaście osób. Przebieg u starszych jest złośliwy, u dzieci z reguły śmiertelny.

Badania dalsze wykażą, czy zachodzi tutaj związek z przypadkiem agranulocytozy opisanym przez nas.

Data badania	Stan ogólny	Waga	Czas trwania choroby	Zmiany miejscowe	Śledziona	Wątroba	Gruczoły	Ilość ciałek białych w 1 mm^3	Ilość ciałek czerwonych	Granulocyty w %	Preparat zróżnicowany							Wynik badań miejscowych	Odczyn Wassermanna	Leczenie
											wielojądrz. neutr.	pałeczkowatych	młodych	limfocytów małych	limfocytów dużych	monocytów	eozynochlon.	bazofil.			
16. IV.	Wyniszczenie daleko posunięte. Cera blada, woskowa, chory porusza się z trudnością, chodzenie niemożliwe mowa nosowa, częściowy bezgłos. Pokarmy płynne wracają nosem. Brak łaknienia. Temp. 38·3, tęt. 110	9 kg	Podług anamezy chory od trzech tygodni, ból gardła, temp. do 39° C ślinienie, wyciek cuchnący z jamy ustnej.	Obydwa migdałki i języczek nadmiernie wielkie, pokryte nalotami barwy zielonkawo-szarej ściśle zrosłe z podstawą. Foetor ex ore. Reszta błony śluz. bez zmian.	Macalna, twarda	Macalna, poza łukiem żeber 1 palec	Podszczękowe zwłaszcza po stronie prawej bolesne również gruczoły karkowe, pachowe i pachwinowe	2.200	1,310.000 poikilocytoza, anizot. płytek krwi 300.000 hemogl, 25 indeks 1.	14	9	2	3	64	12	10	0	0	W preparacie mikroskopowym obok licznych gramo+ i gramo— ziarniaków i laseczek, prątki z grupy rzekomo błoniczej. Badanie bakterj. w kierunku błonicy ujemne	C. z surowicą czynną ujemny, N. ujemny Od. Zprz. Moinickego ujemny	17/4 Miejscowo neosal. z gliceryną (1 : 9). Neosalv., 0.30 gr. domięśniowo
19. IV.	status idem	11,5 kg		foetor ex ore znacznie ustąpił, zmiany martw. w jamie ustnej odgraniczają się i oddzielają	macalna	macalna	podszczękowe i szyjne zmniejszają się	2.900	1560.000 hem. 29 indeks 1	21	14	4	3	59	10	8	0	0			Neosalv. 0,30 gr.
23. IV.	wybitna poprawa, cera lepsza, bez odcienia woskowego, chory siada bez pomocy, łaknienie lepsze, mowa bardziej wyraźna, temp. normalna			zupełna demarkacja mas znekrotyz. foetor ex ore zupełnie ustąpił, zupełne zniszczenie języczka i podniebienia miękkiego, brzegi ran pokryte ziarniną.	zaledwie macalna mniejsza	m a c a l n a	podszczękowe i szyjne macalne zaznaczone	3.800	2,050.000 hem. 39,2 indeks 1	30	19	5	6	52	9	8	0	0			Neosalversan 0 30 gr.
26 IV.	poprawa postępuje naprzód			brzegi przyranne zabliźniają się	lekko macalna			4.000	2,600.000 hem. 52 indeks 1	36	29	4	3	50	7	3	3	kom. Türk. 3. 0		C.} N.} ujemny C. Z. M. ujemny	Neosalversan 0,15 gr.
30.IV.	poprawa znaczna, dziecko siada z łatwością, próbuje chodzić. Cera blado-różowa, usposobienie weselsze, apetyt wilczy			zupełne zabliźnienie brzegów przyrannych	n i e m a c a l n a	n i e m a c a l n a	z a l e d w o m a c a l n a	4.800	3,100.000 hem. 65 indeks 1 polychrom.	40	30	5	5	48	5	5	0	2			
4 .V.	chory porusza się z łatwością	14,5 kg						5.100	3,200.000 hem. 64 indeks 1 normobl.	45	33	6	6	48	3	3	0	0			
12. V.	Status idem	16 kg						6.100	3.850.000 hem. 76 brak aniz. poikil.	47	35	6	6	46	3	2	0	1			
18.V.	Status idem	17 kg						6.250	4 540.000 hemogl. 90	50	37	7	6	43	3	2	0	2			

Henryk BROKMAN. Warszawa.

Pojęcie okresu wylęgania w ostrych chorobach zakaźnych.

W opisie chorób zakaźnych na jednem z naczelnych miejsc podany jest zawsze okres wylęgania, cechujący daną chorobę. Dokładna bowiem znajomość tego faktu jest niezbędna, zarówno dla klinicysty, jak i hygienisty-epidemjologa. Przy przeglądaniu podręczników chorób zakaźnych, jako też opierając się na własnem doświadczeniu, zarówno lekarz jak i higjenista dobrze sobie zdają sprawę z tego, iż niezawsze znajdują dokładną odpowiedź, co do okresu wylęgania. Istnieje coprawda pewna grupa chorób z mniej lub więcej ustalonym okresem wylęgania, w innej natomiast grupie ulega on znacznym odchyleniom. Do rzędu chorób 1-ej kategorji, ze stałym okresem wylęgania należą: odra (kur), ospa naturalna, ospa wietrzna. Do rzędu chorób 2-ej kategorji o zmiennym okresie wylęgania należą: błonica, płonica, dur brzuszny, czerwonka, cholera, epidemiczne zapalenie opon rdzeniowo-mózgowych.

Jeżeli postaramy się dociec, co charakteryzuje poza tem choroby o ustalonym okresie wylęgania, to stwierdzimy, że mamy tu do czynienia pod względem etjologji z zarazkiem, niewidzialnym i bardzo lotnym; pozatem w chorobach tych nie spotykamy nosicieli zarazków: bowiem z chwilą ustąpienia ostrych objawów choroby, chory staje się dla otoczenia zupełnie nieszkodliwym, a zarazić się można ospą wietrzną, odrą, jedynie od chorego.

Jeżeli z tego samego punktu widzenia poddamy analizie choroby o zmiennym okresie wylęgania, to stwierdzimy tu znów pewne cechy wspólne. Zarazek jest mniej lotny, a co najważniejsze mamy tu do czynienia z zarazkami, które bardzo często pasorzytują na błonach śluzowych ludzi zupełnie zdrowych: lasecznik duru brzusznego w jelitach i pęcherzyku żółciowym, czerwonki i cholery w jelitach, laseczniki błonicze i meningokoki na błonach śluzowych gardzieli; jest to zjawisko powszechne i bardzo znane. Uwydatnienie tych dwóch przeciwnych sobie zjawisk: braku nosicieli w chorobach kategorji 1-ej, i obecności ich w chorobach kategorji 2-ej, pozwoli nam zrozumieć różnicę, co do stałości okresu wylęgania. Należy sobie jednakże uświadomić przedtem jeden fakt, który stanowi zdobycz badań lat ostatnich: osobnik może przez dłuższy czas być nosicielem pewnego zarazka nie dając żadnego chorobowego odczynu i dopiero w pewnym określonym momencie zachorować.

Mechanizm więc zakażenia w chorobach 1-ej kategorji np. w odrze opiera się co do czasu na dwóch punktach stałych. Punkt pierwszy to okres choroby człowieka zarażającego-chorego, gdyż jak zaznaczyliśmy ozdrowieniec już nie posiada zarazka; drugi punkt stały co do czasu to okres, w czasie którego człowiek podlegający zakażeniu znajduje się w kontakcie z chorym, bowiem, nie mogąc być terenem dla saprofitowania zarazka, musi albo w momencie kontaktu ulec zakażeniu, albo też, o ile w tym momencie jest odporny, pozostanie zdrowy. Dzięki temu mechanizmowi zakażenia odrowego, ospy, i t. d., mamy tutaj do czynienia pod względem klinicznym z okresem wylęgania prawie zupełnie stałym.

Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa dotycząca chorób drugiej kategorji. W mechaniźmie zakażenia mamy tutaj do czynienia z dwoma punktami ruchomymi, a więc zarówno w płaszczyźnie osobnika zarażającego, jak i ulegającego zakażeniu. Człowiek zdrowy może przejąć zarazek nie tylko od chorego np. na dur brzuszny, lecz również od nosiciela (po chorobie), jako też od nosiciela zupełnie zdrowego. Jeślibyśmy przy ustaleniu okresu wylęgania w obliczeniach uwzględnili jedynie możliwość zarażenia się od chorego, popełnilibyśmy zasadniczy błąd. Z drugiej znów strony jeśli nawet znane nam jest źródło zakażenia i moment przejścia zarazka na osobnika zdrowego, to i wtedy moment i s t o t n e g o z a k a ż e n i a pozostaje jeszcze nieznanym. To ostatnie twierdzenie wymaga pewnego omówienia. Już wyżej zaznaczyliśmy, że człowiek może w pewnym momencie przejąć laseczniki błonicy, jeśli w tej chwili jest wrażliwy, już po kilku dniach powstaną objawy choroby, będziemy tu mieli do czynienia z zakażeniem istotnem. Jeżeli jednak jest on w tym momencie odporny, pozostaje obojętny na zarazek, lecz stać się może jego nosicielem; w tym ostatnim przypadku będziemy mieli do czynienia z zakażeniem pozornem, zaś zakażenie istotne wystąpi dopiero wtedy, gdy się zjawi wrażliwość i, gdy ten sam zarazek, który do tej pory był jedynie saprofitem znajdzie w ustroju pole do przejawienia działalności chorobotwórczej.

Niezrozumienie tego ostaniego zjawiska było i jest źródłem błędów, przy ustalaniu okresu wylęgania; w skutku dane, dotyczące tego okresu, wahają się w bardzo szerokich granicach. Zachodzi to między innemi w stosunku do duru brzusznego i płonicy. Tak np. mówi się o okresie wylęgania płonicy wynoszącym mniej aniżeli 24 godziny, i więcej, aniżeli 2 tygodnie, najczęściej 35 dni. Przypuszczenie, iż rzeczywiście zachodzi tak krótki, lub tak długi okres wylęgania, jak zaznaczono wyżej, a więc 24-godzinny, lub 14-o dniowy, polega na błędzie, którego istotę podaliśmy wyżej. Tak mówi się o 24-o godzinnym okresie wylęgania w przypuszczeniu, iż zakażenie nastąpiło naskutek zetknięcia się z chorym na szkarlatynę, u którego pierwsze objawy choroby wystąpiły przed 24-ma godzinami. Istnieniu w poszczególnych przypadkach 24-godzinnego okresu wylęgania niechcę bezwzględnie przeczyć, twierdzenie to opiera się na dawnych danych epidemjologicznych.

W rzeczywistości należy uważać za możliwe, iż źródłem zakażenia był ten sam chory, lecz jeszcze w okresie poprzedzającym wybuch choroby, w okresie nosicielstwa, mniej więcej przed 5-u dniami. Podobnie możliwe jest, iż przejęcie zarazka nastąpiło na szereg tygodni, lub miesięcy przedtem; dziecko przez cały ten czas było nosicielem zarazka i dopiero w tym momencie uległo istotnemu zakażeniu. W ten sposób różnica w czasie pomiędzy początkiem choroby dwojga dzieci, z których jedno uważane było za źródło zarazy dla drugiego, polega jedynie na czystym przypadku; między jedną i drugą chorobą, być może, nie ma żadnego związku przyczynowego. W czasie trwania epidemji tego rodzaju zbieg okoliczności staje się zupełnie zrozumiałym. Jeżeli obecnie weźmiemy pod uwagę, jak należy tłumaczyć długi okres wylęgania — 14-o dniowy, to i tutaj trudno ustalić, czy źródłem zarazy był znany nam chory na płonicę, czy też jakiś nosiciel zarazka, a stąd niemożliwem się staje ustalenie momentu przyjęcia zarazka. Jeśli nawet źródło zakażenia, a więc moment jego byłby nam znany, to i tak nie wiemy, kiedy nastąpiło z a k a ż e n i e i s t o t n e. Zupełnie jest możliwe, iż dziecko po zakażeniu pozornem przez 10 dni było jedynie biernie zachowującym się nosicielem zarazka, na 10-y dzień wskutek warunków zewnętrznych lub zaburzeń w przemianie materji stało się wrażliwem i uległo zakażeniu istotnemu. Od tego więc dnia dopiero należałoby liczyć początek okresu wylęgania, a więc występująca na 14-ty dzień po zetknięciu się z zarazkiem choroba w rzeczywistości posiada nie 14-o, a 5-o dniowy okres wylęgania. Nie przesądzam tu sprawy czy zarazkiem płonicy jest paciorkowiec, czy też ten ostatni w zespole z innym nieznanym zarazkiem daje objawy płonicy.

Pogląd, który wyłożyłem powyżej, upoważnia nas do odmiennej definicji pojęcia wylęgania w chorobach zakaźnych. Do tej pory przyjęte było nazywać okresem wylęgania czas, który upłynął od chwili zetknięcia się ustroju z zarazkiem, do wystąpienia pierwszych objawów chorobowych. Na zasadzie rozumowań, podanych wyżej, należy poddać rewizji pogląd, iż moment zetknięcia się z zarazkiem odpowiada momentowi zakażenia. Obecnie wiemy że tak nie jest, i momentem zakażenia będzie nie chwila zetknięcia się z zarazkiem, lecz ten moment, gdy naskutek bądź to zwiększającej się zjadliwości zarazka, lub też zwiększającej się wrażliwości człowieka, względnie jednego i drugiego, nastąpiło takie wzajemne ustosunkowanie się ustroju do zarazka, iż ten ostatni może rozpocząć swój atak. Od tej chwili datuje się istotne zakażenie, tu dopiero zaczyna się okres wylęgania. Wszystko co poprzedzało ten moment było jedynie okresem nosicielstwa zarazka.

Wobec tego należy zadać sobie pytanie, czy istnieje w obecnym stanie wiedzy nadzieja ustalenia okresu wylęgania istotnego w tych chorobach zakaźnych, gdzie musimy się liczyć ze wszystkiemi możliwościami, o których była mowa. Sprawa nie jest beznadziejną. Zasadniczo oczekiwać można odpowiedzi przy porównywaniu wyników dwóch metod: 1). spostrzeżeń epidemjologicznych, 2). zakażenia doświadczalnego na ludziach. W spostrzeżeniach epidemjologicznych należy po pierwsze postarać się ustalić możliwie dokładnie źródło zakażenia. Ponieważ w większości przypadków, pomimo wszystkich zastrzeżeń podanych wyżej, moment przejęcia zarazka jest istotnym momentem zakażenia, ten okres wylęgania, który spostrzegamy w największym odsetku przypadków będzie istotnym okresem wylęgania w stosunku do danej choroby. To przypuszczenie zostanie potwierdzonem wówczas, gdy dana choroba, wywołana doświadczalnie, będzie miała ten sam okres wylęgania. Jeżeli się zwrócimy do płonicy, to najczęściej choroba występuje na 3—5-ty dzień po zetknięciu się ze źródłem zarazy. W tym samym mniej więcej czasie występują pierwsze objawy choroby u tych, którym wcierano wydzielinę nosogardłową chorych na płonicę, wreszcie hodowlę paciorkowców płoniczych (Dick). Na zasadzie tej równoległości należy sądzić, iż w płonicy mamy do czynienia i s t o t n i e z 3—5 dniowym okresem wylęgania, okresem ulegającym jedynie nieznacznym wahaniom osobniczym. Należy sądzić, iż w tem ujęciu okres wylęgania jest mniej lub więcej stały, podobnie, jak stały on jest w odrze i w ospie wietrznej.

Analiza, którą przeprowadziliśmy w stosunku do płonicy da się niewątpliwie zastosować i do innych chorób zakaźnych. Nie rozporządzamy tutaj dostatecznym materjałem, ani z własnych doświadczeń, ani z piśmiennictwa, które pozwoliłyby nam już obecnie stwierdzić niezbicie, jaki jest istotnie okres wylęgania np. w durze brzusznym. Tutaj chodzi nam tylko o wskazanie dróg, wiodących do rozwiązania tego zagadnienia. Jak wyżej zaznaczyliśmy są tu dwie drogi: 1) ścisłych spostrzeżeń epidemjologicznych, przy uwzględnieniu możliwych błędów podanych wyżej i 2) umyślnych lub przypadkowych zakażeń doświadczalnych. W każdym razie obecnie już zdaje się być niemal pewne, że podział chorób zakaźnych na dwie grupy, jednej o stałym okresie wylęgania, drugiej o zmiennym, nie da się dalej utrzymać, że wszystkie choroby zakaźne w rzeczywistości mają stały okres wylęgania, pod warunkiem, iż zawsze za początek okresu wylęgania będziemy uważać nie moment przejęcia zarazka, lecz chwilę rozpoczynającego się ataku zarazka na ustrój.

Dr. med. Stefan BAGIŃSKI. Wilno.

Metoda Bocka wykrycia hormonów we krwi oraz jej ocena *).

W końcu 1924 roku lekarz monachijski Henryk Bock opublikował nową metodę określania hormonów we krwi, opracowaną, jak podaje autor, na zasadzie 10-io letniego badania wyciągów z gruczołów dokrewnych.

Wychodzi on z tego założenia, że hormony jako ciała o swoistej budowie chemicznej posiadają różne własności fizyczne i w pierwszym rzędzie optyczne, a metoda jego polega na badaniu wyciśniętych soków i krwi i podobno wykrywa hormony w stężeniu 1 na 6 miljonów.

Sposób badania jest bardzo prosty: sok wyciśnięty z odpowiedniego gruczołu zostaje dokładnie zmięszany z podwójną ilością mocnego alkoholu potem dodaje się tyleż eteru co i alkoholu i tak otrzymaną mięszaninę bada w stanie świeżym lub po wysuszeniu w 75° C, w mikroskopie polaryzacyjnym zwykłym lub z ekranem. Otóż okazało się, że w preparatach tak sporządzonych występują bardzo drobne dwułomne ciała, których kąty skrętu płaszczyzny polaryzacji różnią się w zależności od użytego gruczołu. Badając zaś krew chorych z zaburzeniami gruczołów dokrewnych, Bock również znalazł w niej drobne dwułomne kryształki o różnych kątach skrętu i to go naprowadziło na myśl zastosowania swej metody w praktyce.

Według słów Bocka cząsteczki hormonów posiadają zazwyczaj cokolwiek żółtawe zabarwienie, czem mają się różnić od innych dwułomnych ciał.

Bock, badając soki wyciśnięte z gruczołów dokrewnych, ustalił pewne kąty odchylenia dla każdego gruczołu (hormonu) i otrzymane liczby uważa za standart służący mu do porównania, a mianowicie:

Jajniki 8.
Nadnercza 6 i 10.
Trzustka 11.
Łożysko i krew ciężarnej 12.
Jądra 13.
Nasienie i najądrze 6 i 13.
Szyszynka 14.
Tarczyca 15.
Gruczoły przytarczyczne 6 i 15.
Grasica 18.
Przysadka przednia 22.
Przysadka tylnia 6 i 22.

Standart można określić posługując się kupnemi organopreparatami. Przy obserwacji należy polaryzator ustawić na 0 przy skrzyżowanych Nikolach i posługiwać się aparatem z dużym noniuszem, wskutek tego, że liczby 6, 8, 10, 11 trudno określić w zwykłych aparatach.

Badanie krwi odbywa się w sposób następujący: bierzemy 2—4 krople krwi do małej próbówki zawierającej 10—20 kropli alkoholu i dokładnie mięszamy szklaną pałeczką, potem dodajemy 10—20 kropli eteru i znowu dokładnie mięszamy. Świeży preparat bada się jak wyżej, daleko lepsze rezultaty otrzymuje się z preparatów suszonych przy 75—90° C, wtenczas dwułomne ciała występują obficiej.

Bock twierdzi, że w celach leczniczych należy podawać choremu ten hormon, który został wykryty we krwi, i wychodzi z tego założenia, że przy zaburzeniach w wydzielaniu pewnego gruczołu, pokrewny gruczoł uzupełniający reaguje wzmożonem wydzielaniem i ten nadmiar hormonu może być właśnie wykryty we krwi.

We krwi zdrowego osobnika nie udaje się wykryć hormonów wskutek tego, że gruczoły produkują tylko niezbędne, natychmiast zużywane ilości wydzieliny.

Nie będę przytaczał wyników leczenia opartych na zastosowaniu sposobu Bocka. W danym przypadku chodzi o metodę a nie o terapję. Co do terapji wstrzymuję się z krytyką, chociaż pomysły Bocka zdają się być niezbyt dokładnie ugruntowane jeśli nie wręcz przeczące dotychczasowym poglądom.

Poszukując dla pracy doświadczalnej ścisłego i niezawodnego sposobu wykrywania hormonów we krwi przeprowadziłem szereg badań ściśle stosując metodykę Bocka, w ten sposób zbadałem przeszło 40 (48) zwierzat oraz kilkanaście organopreparatów. Ogółem zostało zbadane 200 przeszło preparatów, zaś ilość badań przekroczyła 1000, wobec tego, że jeden preparat był kilkakrotnie badany.

We wszystkich preparatach stwierdziłem istotnie obecność dwułomnych ciał, lecz co do wielkości kątów skrętu płaszczyzny polaryzacji, kiedy te ciała stają się niewidzialne pod mikroskopem, otrzymałem znaczne różnice w porównaniu z danemi Bocka, przyczem kąty skrętów soków z jednakowych gruczołów u różnych zwierząt, przy zupełnie jednakowym sposobie przygotowywania preparatów nie zawsze były jednakowe. Otrzymane wyniki zostały zestawione w podanych tablicach.

Tablica 1.

DANE WŁASNE					DANE BOCKA
Narządy	Psy	Koty	Króliki	Świnki morsk.	Gatunek zwierząt nie wskazany
Jajniki		12 i 26	12+ i 26 i 45		8
Nadnercza			20 i 25	14 i 20	6 i 10
Trzustka	45		18 i 45	18	11
Jądra	45+		13 i 35	35	13
Tarczyca	15 i 22	22		12 i 13+	15
Grasica	45	35	18 i 20 i 33		18
Krew nadnerczy			14		Nie badane
Wątroba	11 i 12				
Płuco	18 i 24				
Nerka	13 i 27				
Nerw kulszowy	30	35 i 23			
Mózg /kora/	35	13 i 30			
Krew ciężarnej kobiety			12		12

+ oznacza krzyże polaryzacyjne

Analizując przytoczone w tabl. I. dane widzimy, że w jednakowych gruczołach różnych zwierząt znajdują się odmienne ciała o różnych kątach skrętu, a więc o odmiennych własnościach fizycznych, co prawda spotykamy podobne cyfry, co pozwala sadzić, że do wycisków przechodzą pewne stałe składniki tkankowe, dajmy na to hormony w sensie Bocka, już to osłabia praktyczne znaczenie tej metody. Najbardziej jednakże słabym miejscem jest to, że różne gruczoły u tegoż zwierzęcia dają te same kąty skrętów, naprzykład: u psa — trzustka, jądra i grasica — 45, jajniki i trzustka u królika — 45, nadnercza i grasica u królika — 20, z tego wynika, że metoda ta, w opracowaniu jak podaje Bock, nie nadaje się dla dokładnego ustalania obecności hormonów we krwi.

Tabl. II.

BADANIA ORGANOPREPARATÓW.			
DANE BOCKA		DANE WŁASNE	
Nazwa preparatu	Wytwórnia nie wskazana		Wytwórnia
Hypophysis anterior	22	18	Spiess
" " posterior	6 i 22	21	"
" " totalis	—	8	"
" " " "	—	16	Klawe
Ovaria animal		12+	"
Ext glycer ovariorum	8	12	Spiess
Sistomensina		12+	Ciba
Agomensina		12	"
Thyreoidea		8 i 15	Klawe
Ext glycer thyreoid.	15	15	Spiess
Thyreoid		18	Laokoon
Ext glycer testiculi		18	Spiess
Testiculi animal	13	28	Klawe
Opozones testicules		28	Lumière
Ext thymi glycer	18	16	Spiess
Thymus vitul		35	Klawe
Epirenin	6 i 10	25	"
Opozones surrenales		6 i 11	Lumière
pancreatique	11	24	"
Insulina		18	P Ż H
Heparosan	Nie badane	25	Spiess
Opozones m stomacale		13 i 25	Lumière
" intestin		13 i 25	"

+ oznacza krzyże polaryzacyjne.

---

*) Według wykładu wygłoszonego 14 kwietnia 1926 r. w Wil. Tow. Lek.

Liczby uzyskane z badania organopreparatów (tabl. II.) dają podobne wyniki, pomijając już to, że większość liczb nie zgadza się, oprócz tarczycy i *opozones surrénales*, otrzymujemy w różnych preparatach jednakowe cyfry naprz.: *Hypophysis ant.* Klawe, thyreoid Laokoon, *ext. glycer. testiculi* Spiess oraz insulina P. Z. H. — 18, co przemawia za tem, że wykrywane dwułomne ciała nie posiadają tej specyficzności jaka im przypisuje Bock, względnie będąc specyficznemi, posiadają jednakowe własności optyczne.

Czasami jednakże otrzymujemy jednakowe liczby od jednoznacznych organopreparatów, szczególnie wyraźnie występuje to w preparatach z jajników, wszystkie cztery dały 12, to samo napotykamy w preparatach jądrowych Lumièra i Klawego — 28. Otóż jeśli porównać preparaty z jajników to znajdziemy pomiędzy niemi dwa o odmiennym składzie chemicznym i znaczeniu fizjologicznym, lecz o jednakowych własnościach fizycznych (Agomensina i Sistomensina), co by znowuż dowodziło, że chemicznie odrębne ciała mogą posiadać jednakowe włas. fizyczne, a co przeczy głównemu założeniu Bocka.

W celu wykrycia czy inne narządy nie posiadają w swych wyciskach dwułomnych ciał zbadałem płuca, nerkę, wątrobę oraz narządy nerwowe i jak widać z tablicy we wszystkich narządach zostały znalezione anizotropowe ciała. Co pozwala sądzić, że prawdopodobnie obserwował Bock inne jakieś ciała normalnie występujące w narządach i krwi a nie swoiste „hormony".

Możliwe, że są to lipoidy wydobyte brutalną bądź cobądź metodą z krwinek lub gruczołów. Aczkolwiek Bock w przedmowie do swej broszury zastrzega się przeciwko temu, lecz doświadczenie uczy, iż szereg gruczołów daje dwa rodzaje ciał, z których jedne oprócz znacznych kątów skrętu charakteryzują się występowaniem polaryzacyjnych krzyży, a więc zachowują się jako sferokryształy i tem przypominają cholesterynaty. Jak przekonałem się powstawanie dwojakiego rodzaju ciał zależy od sposobu wyciskania — znajdywałem je przeważnie w preparatach z soków otrzymywanych przy dość silnem wyciskaniu w prasie.

Tak, tarczyca świnki morskiej po silnem wyciskaniu dawała obfite złogi dwułomnych ciał z wyraźnemi krzyżami, obok drobnych i nielicznych żółtawych kryształków, podobne wyniki dawały jądra, trzustka i grasica królików, oraz niektóre organopreparaty. Zwykle kryształki dające krzyże charakteryzowały się również większemi kątami odchylenia płaszczyzny polaryzacji.

Liczby otrzymane przeze mnie mogą się różnić choćby dlatego, że stosowałem odmienny sposób wyciskania niż Bock, który żadnych wskazówek w tym kierunku nie udziela, mówiąc po prostu *„press saft"*.

Porównanie standartów Bocka i naszego nasunęło mi szereg wątpliwości co do wartości tej metody.

Pierwszą taką wątpliwością była prostota wykrywania tak mało znanych ciał jakiemi są hormony. Gdyby nawet uważać za pewne wyniki dawniejszych badaczy, to i wtenczas otrzymalibyśmy tak drobne ilości hormonów, że wykrycie ich w 4 kroplach krwi obwodowej wydaje się wprost nieprawdopodobnem.

Dane co do ilości hormonów krążących we krwi są nader rozbieżne i oprócz adrenaliny zupełnie nieznane. Według badań Ehrmanna, Watermanna, Smitha i Fränkla, w jednym cm³. krwi żyły głównej królika znajduje się 1:10000000 do 1:2000000 grama adrenaliny, przyjmując, że u człowieka krążą takież ilości otrzymamy dla wagi 60 kg. średnio około 12 mgr. Nowsze badania podają mniejsze ilości, tak Batelli twierdzi, że ludzkie nadnercza wydzielają 6 mgr. adrenaliny na 100 kg. wagi ciała, a jeśli opierać się na pracach Biedla na kotach, to powyższa ilość ma być 20 razy wydalana do krwi na dobę.

Inni endokrynolodzy nie potwierdzili tak wysokich cyfr i Weil uważa, że stężenie adrenaliny nie przekracza 1:500000000. Ostatnie badania Tourneda i Chabrola oparte na bardzo czułej metodzie skurczu śledziony przemawiają za tem, że stężenie adrenaliny nie podnosi się wyżej 1:1000000000, zaś Gley i Quinquaud badając od kilku lat, nawet bardzo skomplikowaną metodą nie mogli wykryć wolnego hormonu w żylnej krwi nadnerczy w ilości takiej, którąby wyraźnie zwężała naczynia — 1:1000000000. W każdym razie są to ilości minimalne.

Czy możliwem jest przeto wykryć je w kilku kroplach krwi?

Przyjmując za maksymalne stężenie jeden gram na miljard cm³ to przy sporządzaniu preparatu według Bocka, licząc jedną kroplę na preparat otrzymalibyśmy wprost astronomiczne małe stężenie — 1:1000000000000, a przy takim stężeniu nawet ciało gęstości wody = 1 zajęłoby przestrzeń jednego mikrona, o ile by z całej ilości hormonu wytworzył się jeden tylko kryształek. Zwykle zaś jest ich kilkanaście, a więc wymiary byłyby jeszcze mniejsze i wskutek tego niewidoczne w zwykłym mikroskopie.. Jednakowoż niewiadomo czy hormony nie tworzą ze składnikami krwi większych kompleksów, możliwe zatem, że przy metodzie Bocka oglądamy wogóle nie hormony, a inne bardziej złożone związki hormonów.

Słabą stroną sposobu Bocka jest również subjektywizm jaki mimowoli wnosi każdy badacz. Pomijając już to, że samo badanie, właściwie wyniki jego zależą od ostrości wzroku badacza, sporną kwestją będzie zawsze moment kiedy dwułomne ciała przestają błyszczeć, gdyż zwykle odbywa się to w dwóch fazach: ciało z początku traci swój wyraźny błysk, a następnie przy dalszym rozjaśnieniu pola zlewa się z ogólnym tłem.

Badanie krwi przeprowadzone w kilkudziesięciu przypadkach nie upoważnia do wyciągania stanowczych wniosków. Jednakże można zaznaczyć, że we krwi od różnych zwierząt lub nawet i ludzi napozór zupełnie zdrowych wykrywają się ciała o różnych kątach skrętu; jedynie tylko w kilku przypadkach ciąży otrzymaliśmy wyniki zgodne z danemi Bocka.

W Niemczech kontrolował sposób Bocka Heyer i otrzymał wyłącznie negatywne rezultaty, same zaś wyniki leczenia objaśnia autosuggestją autora. Nam się zdaje jednakże, że metoda Bocka choćby ze względu na to, że jest próbą dania nowego sposobu dla diagnozy w tak trudnej dziedzinie, zasługiwała na krytyczne zbadanie, lecz otrzymane wyniki dowodzą, że metoda ta nie nadaje się do celów praktycznych, przynajmniej w tem opracowaniu, w jakim podaje Bock.

Z PRAKTYKI.

Dr. Stanisław LIEBHARDT, st. asystent kliniki. Lwów.

Amenorrhea i jej leczenie.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Pod miano amenorrhei (brak miesiączki) podciąga Rosner zarówno brak miesiączkowania podczas ciąży i karmienia, w stadjum premenstrualnem i postklimakterycznym jak i wywołany czy to zmianami chorobowymi ogólnymi lub *ad genitalia* czyteż wskutek niedorozwoju i niedokształtu narządów rodnych.

Odmienne stanowisko zajmuje Robert Schröder w swojej patologji menstruacji twierdząc, że pod amenorrhea rozumie się brak miesiączki w latach, w których ta ostatnia normalnie być powinna.

Logicznie rzecz biorąc skłaniałbym się raczej do poglądu Rosnera — jako, że każdy brak miesiączki bez względu na jej etjologję i czas jest istotnie amenorrheą.

Celem uniknięcia nieporozumień i ze względów czysto technicznych podzieliłbym amenorrheę na fizjologiczną i patologiczną.

Pod tą pierwszą rozumiem brak miesięcznego krwawienia właśnie w ciąży i podczas karmienia przed stadjum pokwitania i po klimakterjum.

Co do amenorrhei nazwanej przeze mnie patologiczną, pozwolę sobie trzymać się starego podziału Gebharda, który dzieli amenorrheę na:

I. amenorrheę jako następstwo wrodzonych lub nabytych schorzeń narządu rodnego,

II. amenorrheę jako następstwo ogólnych schorzeń organizmu i na III. amenorrheę funkcjonalną.

Pierwszy i drugi rodzaj amenorrhei możnaby nazwać objawową w przeciwstawieniu do ostatniej funkcjonalnej.

W badaniach nad etjologją i patogenezą braku regularności należy przedewszystkiem uwzględnić kolejno wszystkie części składowe narządu rodnego, które w cyklu miesiączkowym odgrywają jakąkolwiek rolę.

Jak wiadomo miesiączkowanie odbywa się na podłożu endometrium, wskutek bodźców natury hormonalnej, wychodzących z jajników. Zaburzenia więc w normalnem miesiączkowaniu mogą być spowodowane zaburzeniami, czy też zmianami chorobowymi tak w jajnikach jak i w endometrium *(amonorrhea ovarialer o. endometraner Herkunft Schröder)*.

Przy ocenie zaburzeń w jajnikach musimy pamiętać o normalnej czynności jajnika w cyklu miesiączkowym. Wiemy, że w warunkach fizjologicznych czynność jajników cechuje stała okresowa zmiana między dojrzewaniem pęcherzyka Graafa, jajeczkowaniem w ścisłem tego słowa znaczeniu a tworzeniem się ciałka żółtego (Szajerowicz). Wszelkie zaburzenia w tej okresowości naruszają fizjologiczną czynność jajnika i w następstwie wpływają na miesiączkowanie, które przecież nie jest niczem innem jak tylko zewnętrznym objawem wyżej wspomnianych przemian i ich ostatecznym rezultatem.

Zaburzenia te mogą polegać z jednej strony na niedostatecznem dojrzewaniu lub zupełnem braku tegoż, pęcherzyków Graafa, wskutek czego nie przychodzi do owulacji, lub z drugiej strony na zbyt silnie rozwijającem się i zbyt długo utrzymującem się

ciałku żółtem, które jak wiadomo, wpływa hamująco na miesiączkowanie *(corpus luteum persistens)*. Tyle co do anatomicznych zmian w jajniku.

Wywołać je mogą albo choroby ogólne lub też zmiany w samych jajnikach. O chorobach ogólnych będzie później mowa. Co się tyczy zmian dotyczących samych jajników to takowe mogą być wrodzone lub nabyte. Do pierwszych należą wrodzone aplazje lub hypoplazje miąższu jajnikowego. Do drugich zaś brak jajników po usunięciu ich drogą operacyjną lub zniesienie ich czynności przez naświetlanie promieniami Roentgena.

Do tej samej grupy należą przypadki w których miąższ jajnikowy ulega zniszczeniu przez procesy chorobowe, w pierwszym rzędzie nowotworowego pochodzenia (carcinoma, sarcoma, kystadenoma) lub też na tle zapalnem (oprócz zapaleń banalnych gonorrhea, gruźlica i aktynomykoza).

Należy atoli podkreślić, że zmiany zapalne nawet przy zupełnem napozór zajęciu obydwu janików lub przy zniszczeniu prawie całego miąższu rzadko kiedy powodują zupełny brak regularności.

Zmiany na błonie śluzowej macicy mogą być też wrodzone lub nabyte. Do zmian wrodzonych należą wady rozwojowe macicy *(agenesia hypoplasia* itp.). Do rzędu tych zmian zaliczyć należy przypadek opisany przez Kaisera, w którym brakowi regularności towarzyszyły bardzo silne bóle, a w którym to przypadku po wycięciu macicy stwierdzono zupełny brak jamy macicy przy utrzymanym kanale szyjki.

Do zmian nabytych należy w pierwszym rzędzie zupełne wycięcie macicy lub chorobowe zniszczenie błony śluzowej macicy. Do tego ostatniego prowadzi bardzo rzadka zresztą forma serowaciejącej gruźlicy błony śluzowej macicy jakoteż rozlane zniszczenie tejże błony przez bujanie rakowe.

Dla ścisłości wspomnieć jeszcze należy o innej przyczynie braku regularności, gdzie tak jajniki jak i błona śluzowa macicy są zupełnie normalne i chorobowo niezmienione i gdzie ponadto nie zachodzi żaden inny moment etjologiczny — a przecież miesiączkowanie się nie odbywa.

Dzieje się to w przypadkach niedrożności kanału rodnego tak wrodzonej jak i nabytej (atresia) gdzie zmiany te stanowią mechaniczną przeszkodę dla odpływu krwi miesiączkowej, jako zastępstwo wytwarza się nagromadzenie krwi miesiączkowej w pochwie, jamie macicy a nawet w trąbkach *(haematokolpos-haematometra-haematosalpinx)*.

W przypadkach tych nie można jednak mówić o braku regularności w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż tutaj cały cykl miesiączkowy ma miejsce, a brak tylko ostatniego aktu, to jest wypływu krwi i to z przyczyn natury czysto mechanicznej. Nazwałbym to raczej niezupełnem miesiączkowaniem.

Przechodząc z kolei do przyczyn ogólnej natury, które powodować mogą regularności, uwzględnić należy przedewszystkiem zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Wśród tych zaś na pierwsze miejsce wybijają się te, które pozostają w związku z organami rodnymi jak tarczyca, przysadka mózgowa a wreszcie nadnercze. Zaburzenia w czynnościach tych gruczołów (hiper lub hipofunkcja) lub zmiany we wzajemnej korelacji tychże są w stanie same wywołać nawet długotrwały brak miesiączki.

Do następnej grupy etjologicznej należą choroby ogólne i tak ostre zakaźne (dur, influenza, malarja) lub chroniczne *lues, tbc.)*, nadto długotrwałe procesy ropne, chroniczne choroby nerek, serca, ciężkie anemje wtórne chloroza, leukemje i choroby przemiany materji (otłuszczenie, diabetes, gicht, Basedow, myxödem, Addison, akromegalja), wreszcie zatrucia morfiną, alkoholem, nikotyną i fosforem a więc przeważnie takie, które atakując cały organizm człowieka, doprowadzają stopniowo do wyniszczenia i kachechsji i wskutek tego sprowadzają brak regularności.

Osobną grupę etjologiczną stanowi rzeżączka. Goth obserwował na 758 rzeżączki, 195 przypadków braku miesiączki a więc w 44·7%. Wagner kładzie to na karb infekcji pęcherzyka Graafa podczas pękania tak, że nie dochodzi do wytworzenia ciałka żółtego — dalej przypisuje to rozległemu zajęciu błony śluzowej macicy infekcją gonokokową lub zniszczeniu miąższu jajników na dużej przestrzeni. Wspomina również o możliwości wywołania przejściowej amenorrhei przez miesiączkę — wskutek zajęcia zapalnego przy — i około jajnika — i przez następowe wytworzenie się zrostów.

Wreszcie w etjologji braku miesiączki wymienić należy wpływy psychiczne a więc przedewszystkiem oddziaływanie chorób umysłowych. Że etjologja ta odgrywa ważną rolę dowodzą spostrzeżenia licznych autorów. I tak np. Fränkel przytacza statystykę, w której na 172 przypadków *dementia praec.* znalazł 72% zmian hipoplastycznych genitaljów.

Hanse podaje, że na 430 przypadków psychoz skonstatował 45% amenorrhei, najczęściej przy *paralysis progr., sclerosis multiplex* wreszcie przy katatonji i stanach przygnębienia.

Freud podaje histerję jako bardzo częstą etjologję braku miesiączki.

Wiadomą jest również rzeczą, że brak miesiączki może sprowadzić uczucie gwałtownego przestrachu grożącego niebezpieczeństwa, nadmiernej radości nadto wywołać ją można drogą hipnozy co wszystko razem wzięte utwierdza nas w przekonaniu, że wpływy psychiczne na miesiączkowanie są absolutnie niezaprzeczalne.

Dla ścisłości należy jeszcze wspomnieć o pewnej współzależności, zachodzącej między składem chemicznym i obrazem morfologicznym krwi a cyklem miesiączkowym.

Najciekawszym jest stosunek ilościowy jonów potasu i wapnia we krwi w odniesieniu do czynności narządów rodnych, opisany przez G. K. F. Schultzego. W warunkach normalnych stosunek jonów potasu i wapnia we krwi jest do pewnych granic stały i wynosi jak 2:1. Wszelkie zaburzenia w tym stosunku na korzyść potasu wywołują stan wagotonji organizmu — na korzyść wapnia natomiast zadrażnienie systemu współczulnego. Przy braku miesiączki stwierdzał Schultze we krwi pewne stałe zmniejszenie ilości potasu coby identyfikowało w myśl powyższych wywodów amenorrheę ze stanem sympatykotonicznym.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń twierdzi Schultze, że pomiędzy czynnością jajników a zawartością potasu wapnia we krwi istnieje pewien związek, potwierdzający rolę ciałka żółtego jako gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu.

Ciekawym jest również fakt przeważania albuminów nad globulinami w osoczu krwi niemiesiączkujących.

Co się tyczy obrazu morfologicznego krwi przy braku regularności to — jak to później wykażę — badania nasze w tym kierunku nie potwierdzają zapatrywań niektórych autorów niemieckich, którzy starają się wprowadzić jakieś ogólne wnioski i ustalić wspólne cechy krwi osób niemiesiączkujących.

Na podstawie dokładnych badań krwi jakie przeprowadziliśmy u całego szeregu kobiet cierpiących na brak regularności możemy stwierdzić, że obraz krwi u osób tych jest zupełnie indywidualny, zależny każdorazowo od przyczyny tego cierpienia i że nie można wykazać żadnych zmian w obrazie krwi wspólnych i charakterystycznych dla wszystkich lub nawet dla większości tych przypadków.

Zanim przejdziemy do leczenia braku regularności musimy jeszcze wspomnieć o stosunku jaki zachodzi między konstytucją kobiety a amenorrheą. Aschner rozróżnia 5 typów:

1) anemiczny, 2) plethoryczny, 3) infantylny, 4) otyłość ze skłonnością do lymphatyzmu i 5) typ z *hypertrichosis*. Nadto zaznacza, że amenorrhea nie występuje nigdy jako objaw oderwany — przeciwnie towarzyszą jej zwykle zaburzenia ogólne nawet poważnej natury. Wobec czego rozwija pogląd, że wydzielanie krwi miesiączkowej nie jest zwykłym i bez znaczenia a tylko skutkiem i następstwem owulacji ale, że jako końcowy rezultat procesu przemiany materji ma znaczenie wydzielnicze. Zatrzymanie zaś krwi miesiączkowej prowadzi do pewnego rodzaju autointoksykacji organizmu więc do plethory i dyskrazji.

Wobec powyższych wywodów brak regularności uważaćby należało za zaburzenie w ogólnej przemianie materji.

Przechodząc kolejno do terapji amenorrhei powtórzę na wstępie za Schröderem, że są przypadki braku regularności, których leczyć się nie powinno. A więc są to takie, które nie trwają długo, nie mają żadnych ubocznych działań ani powikłań, nie posiadają żadnej uchwytnej etjologji mogą być jednem słowem zaliczone do amenorrhei I. stopnia.

Ponieważ podział amenorrhei na I. i II. stopnia (Schröder) uważam za zbyt schematyczny i teoretyczny — przeto nad powyższymi terminami dłużej zatrzymywać się nie będę.

Przytoczę tylko przykład: kobieta wiejska, uczęszczająca przez rok do tut. ambulatorjum, która regularność miała stale co 3 miesiące i przychodziła do badania li tylko z obawy przed ciążą, żadnych przytem innych dolegliwości nie miała. Jest to typowy przykład amenorrhei, której leczyć nie potrzeba.

Całą grupę amenorrhei symptomatycznych i konstytucjonalnych winno się leczyć przyczynowo i tu też leczenie winno być indywidualnie stosowane, stosownie do etjologji.

Grupa trzecia to grupa miesiączki funkcjonalnej i ta będzie przedmiotem naszych rozważań.

Pod amenorrheą funkcjonalną rozumiemy brak miesiączki przy zupełnie normalnie rozwiniętych i czynnościowo zdolnych narządach rodnych bez żadnej nadto ogólnej choroby.

Wszystkie rozliczne środki i sposoby terapeutyczne stosowane przy amenorrhei, których zresztą nie sposób wyliczyć dadzą się podzielić na 4 mniejwięcej odrębne grupy:

na 1) organiczne preparaty jajnikowe (wyciągi z *ovarium* lub *corpus luteum)* na 2) *emenagoga (yohimbina eumenol aloes* itd.), 3) na naświetlanie promieniami Roentgena i 4) wywoływanie przekrwienia narządów rodnych przy pomocy środków termicznych.

Co do pierwszej grupy to wiadomo, że po pierwszym entuzjazmie organoterapji — środki te nie przeszły cało ogniowej próby eksperymentu — nie mniej jednak w lecznictwie braku miesiączki mają swoje odrębne znaczenie i swoją własną rubrykę.

Coraz chętniej również zwracamy się do starych, wypróbowanych emenagogów z yohimbiną na czele.

Poza działaniem farmakologicznem największą przyszłość ma grupa III-cia, a to naświetlanie podrażniające jajników promieniami Roentgena w dawce $^1/_4$—$^1/_5$ dawki jajnikowej (Reizdosis).

Czwarta grupa: — działanie termiczne celem wywołania przekrwienia w miednicy małej przy pomocy diatermji jest obecnie bardzo modna i powszechnie stosowana.

Przy wyborze środka leczniczego kierowaliśmy się myślą połączenia wszystkich trzech sposobów leczenia poza naświetlaniem promieniami Roentgena dlatego wybraliśmy skombinowane leczenie thelyganem Dra Blocha i diatermją równocześnie.

Thelygan to ekstrakt jajników z młodych krów z dodatkiem wyciągów tarczycy, trzustki, przysadki mózgowej, nadnerczy, nadto *calium hypophosphorosum i yohimbina*. Preparat ten łączy więc w sobie zarówno organiczne wyciągi gruczołów dokrewnych z jajnikiem na czele z emenagogum (yohimbina).

Nadto wychodząc z założenia, że prawie żadna amenorrhea nie jest czysto funkcjonalną, a że prawie zawsze leczenie jej wymaga ogólnego wzmocnienia organizmu w niektórych przypadkach wstrzykiwaliśmy dodatkowo arszenik.

Postępowanie nasze było następujące:

L e c z e n i e: 12 wstrzykiwań thelyganu podskórnie co drugi dzień, po pauzie 8 dniowej ponowne wstrzykiwanie thelyganu w tej samej ilości.

Równocześnie stosowano diatermję (15—25 nagrzewań) w ten sposób, że zakładano jedną elektrodę do pochwy a drugą okrężną w formie pasa zewnętrznie tak, że macica była w centrum stożka utworzonego z prądów elektrycznych idących z elektrody pochwowej jako od wierzchołka stożka do elektrody okrężnej jako podstawy.

Przypadki nasze były następujące:

I. p r z y p a d e k: Chora L. A. lat 20 dotychczas nigdy nie miesiączkowała. Badanie krwi wykazuje nieznaczne zmniejszenie ilości c. czerwonych krwi. Macica mała ale nie infatylna, zresztą *genitalia* normalne. Po upływie 36 dni w ciągu których przeprowadzono powyższe leczenie, wystąpiła normalna regularność, która od 6 miesięcy do dnia dzisiejszego się utrzymuje.

II. p r z y p a d e k: Chora J. G. lat 18 pierwsza miesiączka w 16 r. życia, po 6 miesiącach regularnego miesiączkowania brak regularności przez przeciąg jednego roku. *Genitalia* zupełnie normalne. Badanie krwi wykazało dość znaczną eosinofilję i pewne zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi. Ponieważ jednak badanie kału wykazało jaja askaryd przeto tę eosinofilję uważam jako rzecz przypadkową w tym obrazie krwi.

Leczenie jak powyżej z tem, że obie elektrody były aplikowane zewnętrznie *(virgo intacta)* i z dodatkowym wstrzykiwaniem arszeniku.

Wyleczenie po 31 dniach, po którym to czasie wystąpiła miesiączka od tej pory dwukrotnie się już powtarzająca.

III. p r z y p a d e k: Chora T. S. lat 22. Pierwszy perjod w 17 r. życia, po 2 latach normalnego lecz skąpego miesiączkowania przez lat 2 amenorrhea. Badanie obrazu krwi nie przedstawia żadnych uwagi godnych zmian. Macica mała zresztą *ad genitalia nihil*. Terapja jak wyżej bez arszeniku. Normalna miesiączka w 25 dniu leczenia, od tej pory już dwukrotne miesiączkowanie.

IV. p r z y p a d e k: Chora N. Ch. lat 21 nie miesiączkowała nigdy. Badanie krwi wykazało małego stopnia limfocytozę i zwiększenie krwinek. Macica nieco pomniejszona. Genitalja zresztą normalne. Terapją analogiczną jak w 3-ch pierwszych przypadkach łącznie z kuracją arszenikową. Wyleczenie w 37 dniu po pierwszej injekcji thelyganu. Drugi perjod powinien nastąpić z końcem kwietnia. W szeregu leczonych przypadków 2 nie przyniosły żadnego rezultatu.

Streszczając wszystkie powyższe wywody należy podkreślić fakt ten, że przy tak kalejdoskopowo różnorodnej etjologji amenorrhei leczenie jej winno być w pierwszym rzędzie przyczynowe jako że amenorrhea jest raczej symptomem aniżeli jednostką chorobową.

W przypadkach tzw. am. funkcjonalnej leczenie zastosowane przez nas (thelygan i diathermia) wydaje się nam najenergiczniejsze przeto najbardziej odpowiednie przyczem dla informacji dodaję, że po każdej serji przegrzewań diatermją badanie wewnętrzne wykazywało pewne rozpulchnienie a po ukończeniu leczenia nawet nieznaczne powiększenie macicy.

Nadto jak wykazują wyżej przytoczone badania krwi obraz jest tak różnorodny, że mowy nie ma o stawianiu jakichś reguł lub ustaleniu jakiejś ogólnej normy o czem wspomnieliśmy w toku pracy.

Ze względu na niezbyt duży materjał na jakim przeprowadzono powyższe leczenie nie jesteśmy w prawie wyciągać jakichkolwiek wniosków — nie mniej jednak nieda się zaprzeczyć, że wyniki naszego leczenia są zachęcające.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Józef ALEKSIEWICZ. Lwów.

Leczenie złamań kości udowych za pomocą grotu Steinmanna.

Ciąg dalszy.

L. p. 10. S z e r e g o w i e c S t r z e l e c J a n. 36 p. p. Ur. 1898. Wieś Siennica. Pow. Mińsk Mazowiecki. Ziemia Warszawska.

R o z p o z n a n i e: *Fractura comminutiva femoris dextri. V. sclop. cruris sinistri.*

W y w i a d y: Raniony dnia 13. I. 1919 kulą karabinową.

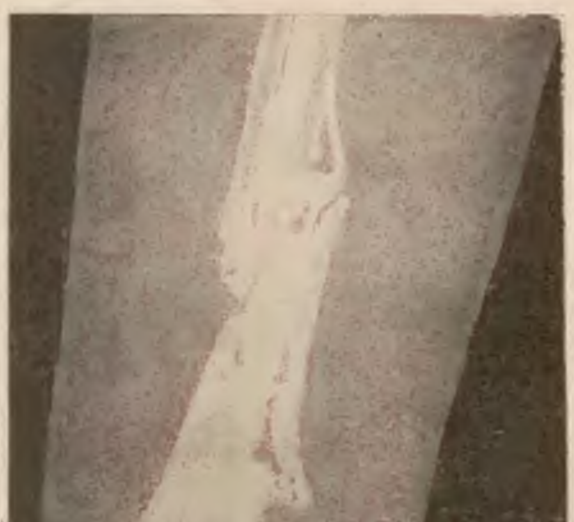
S t a n o b e c n y: Dnia 13. I. 1919 skośny przestrzał uda w linji strzałkowej. Rany wielkości kalibru kuli. Silny krwiak. Udo obrzękłe, bolesne przy poruszaniu. Kość złamana. Kończyna krótsza o 4 cm. przestrzał części miękkich lewego podudzia. Ciepłota ciała rano 37,0 po poł. 37,5. Założono szynę.

L e c z e n i e: Dnia 14. I. 1919 ciepłota ciała wznosi się do 39.2. Tętno 130 silnie napięte równe. Udo prawe po stronie tylnej zaczerwienione, bolesne, silnie obrzękłe. Z rany wystrzałowej wycieka płyn surowiczo ropny.

Dnia 16. I. 1919 założono grot Steinmanna w uspieniu eterowo-morfinowem, i wykonano długie nacięcie po tylnej stronie uda prawego, którem odsłonięto zropiały krwiak i usunięto luźno tkwiące odłamki kostne. Drenage ku tyłowi. Chorego umieszczono na łóżku Florschützа.

Dnia 17. I. 1919 wyciąg działa stale siłą 7 kg. Ciepłota ciała opada do 37.6.

Dnia 10. II. 1919 przebieg dalszy bez powikłań. Obciążenie największe kończyny 15 kg. Od 30. I. 1919 opatrunki co 2-gi dzień przy łóżku chorego bez zdejmowania wyciągu. Dnia 17. III. zrost dość silny. Zdjęto wyciąg i wyjęto grot, który tkwił p r z e z d n i 60 bez wywołania jakichkolwiek następstw. Ruchomość w kolanie 45. Założono opatrunek ustalający gipsowy na kończynę równą pod względem długości z lewą.



Ryc. 22.

Rana pooperacyjna ropieje, z tego powodu pozostawiono duże okno w gipsie po stronie tylnej dla zmiany opatrunków. Na zdjęciu roentgena (Rycina 22) w projekcji bocznej, widoczne rozbicie kości udowej w $^1/_3$ dolnej, zrośnięte w pozycji dobrej bez przemieszczenia odłamków.

L. p. 11. Sekcyjny Szymon Dąbrowski, ur. 1893. rz. kat. Słowita Przemyślany.

Rozpoznanie: *Fractura sclopet. femoris dextri. Vulnus sclop. Genus sin. Fractura patellae. sin.*

Wywiady: Raniony 20. IV. 1919 kulą karabinową. W 2 godziny po zranieniu z opatrunkiem i dobrze uszynowany przewieziony na oddział.

Stan obecny: Przestrzał uda prawego po stronie wewnętrznej w $^1/_3$ dolnej. Złamanie kości udowej. Kończyna krótsza o 3 cm. Kolano obrzękłe. *Ballotement* rzepki. Nakłucie stawu kolanowego daje 30 cm. płynu surowiczo ropnego. Przestrzał kolana lewego ze złamaniem rzepki.

Leczenie: Dnia 20. IV. w uśpieniu eterowo-morfinowem założenie grotu Steinmanna przez kość goleniową i założenie opatrunku aseptycznego. Kończynę umieszczono na aparacie Ansina.

Dnia 26. VI. 1919 r. Gojenie bez powikłań. Zdjęcie wyciągu po 67 dniach. Ranki po grocie bez reakcji. Ruchomość w stawie kolanowym prawym 45°. Rzepka lewa nie zrośnięta. Opatrunku gipsowego nie założono. Kończyny obie równe 86 cm.

Zdjęcie roentgenowskie wykazuje zrost w linii prostej. (Rycina 23).



Ryc. 23.

B) Ze Szpitala polowego b. armii Austryjackiej Nr. 703. Szkoła Przemysłowa we Lwowie.

L. p. 12. Infant. Ferencz Sinko. J. R. 83. rz. kat. Wolny. Rolnik. Ur. 1892. Dombolina. Maraszamb Vas. Węgry.

Rozpoznanie: *Fractura comminutiva femoris dextri subtrochanterica.*

Wywiady: Dnia 28. VIII. raniony kulą szrapnelową. W uszynowaniu niedostatecznem dostawiony do szpitala.

Stan obecny: Rany aseptyczne, kość złamana w $^1/_3$ górnej. Skrócenie 6 cm. przy bardzo znacznego stopnia abdukcji kończyny.

Leczenie: Dnia 28. VIII. 1917 założenie wyciągu przy pomocy grotu Steinmanna założonego w znieczuleniu miejscowem przez kłykcie kości udowej. Obciążenie 5 kg. przy ułożeniu kończyny w silnej abdukcji. Dnia 8. IX. 1917 obciążenie dochodzi do 10 kg. W pierwszych dniach po założeniu wyciągu ciepłota ciała utrzymuje się do 38. poczem chory bez gorączki. Dnia 13. IX. wyciąg 15 kg. Rany zagojone. Skrócenie wynosi jeszcze około 2. cm. Dnia 5. X. zrost. Zdjęcie roentgena wykazuje ustawienie odłamków w normalnej pozycji. (Ryc. 24.). Założenie opatrunku gipsowego od biodra aż do palców stopy w którym opatrunku chory chodzi przy pomocy kul.

L. p. 13. Infanterzysta Adryan Karol. J. R. 26. VII. ur. 1897 Chrzanów. Galicja. Z zawodu szewc.

Rozpoznanie: *Fractura femoris comminutiva (sclop.) femoris dextri.*

Wywiady: Raniony dnia 21. III. 1917 kulą karabinową, leczony w formacjach sanitarnych polowych gdzie założono szynowe ustalenie.

Stan obecny: Dnia 31. III. 1917 przestrzał części środkowej uda prawego, z rany wydobywa się w znacznej ilości ropa. Skrócenie kończyny 8 cm. Udo obrzękłe, kość złamana.

Leczenie: Dnia 1. IV. założenie wyciągu przy pomocy grotu Steinmanna w znieczuleniu miejscowem, przyczem grot przewiercono przez kłykcie kości udowej i obciążono siłą 6-ciu kg. zawieszając kończynę na łóżku Florschütza.

Dnia 5. IV. 1917 obciążenie doszło do 11 kg. Zrobiono nacięcie po stronie tylnej uda i zdrenowano w tem miejscu wytworzony ropień. Zabieg wykonano na łóżku nie zdejmując wyciągu.

Dnia 19. IV. siła wyciągu 22 kg. Skrócenie wynosi jeszcze 4 cm.

Dnia 19. IV. siła wyciągu 25 kg. skrócenie wyrównane. Jako kontrekstenzję wyzyskano pochylenie łóżka ku tyłowi i zapór pod nogę zdrową.



Ryc. 24.

Dnia 19. V. zdjęto wyciąg i usunięto grot Steinmanna, po którym mimo że tkwił 49 dni nie zauważono żadnej reakcji zapalnej. Z powodu słabej konsolidacji w miejscu złamania kończynę ustalono opatrunkiem gipsowym od bioder aż do palców w lekkiem odchyleniu.

Dnia 9. VI. 1917 z rany wydobywa się skąpo wydzielina.

Roentgen wykazuje zrost bez skrócenia. Odłamek obwodowy nieco ku wewnętrznej stronie przesunięty. (Rycina 25).



Ryc. 25.

Odłamek górny brzegiem wewnętrznym wsparty w środku odłamka dolnego.

L. p. 14. Stefan Lewentewicz Madika. Ros. armji kapral, ur. 1896. Gub. Połtawska gr. orm. Wolny. Rolnik.

Rozpoznanie: *Fractura comminutiva sclopetaria diaphyseos femoris sinistri.*

Wywiady: Raniony kulą karabinową 24. VII. 1917 pod Tarnopolem. Zaopatrzony przez sanitarjuszy pruskich. Dostawiony do szpitala w dobrem uszynowaniu.

Stan obecny: Kończyna dolna lewa obrzękła od kolana do pachwiny. Przestrzał lewego uda w linii strzałkowej od tyłu ku przodowi. Wystrzał na przedniej stronie wielkości pięciokoronówki, w głębi rany widoczne wypuklone mięśnie obrzękłe, nacieczone. Skrócenie kończyny 4 cm. Bolesność, obrzęk, wyraźne *ballotement* rzepki. Chory gorączkuje wysoko.

Leczenie: Dnia 5. VIII. 1917 założenie wyciągu na łóżku Florschütza po poprzedniem przewierceniu grotu Steinmanna przez kłykcie kości goleniowej w uspieniu morfinowo-eterowem. Kończynę ułożono w semifleksji i znacznej abdukcji.

Dnia 15. VIII. co drugi dzień zmiana opatrunku. Ranę zdrenowano przez to uzyskano dobry odpływ obficie wydzielającej się ropy. Ciepłota wieczorami od 38. do 39. W pierwszych dniach po założeniu wyciągu utrzymuje się na 38. Obciążenie kończyny siłą 16 kg. od 13. VIII.

Dnia 25. VIII. na przedniej stronie uda w bliskości rany wystrzałowej wytworzył się ropień który zdrenowano. Dnia 3. VIII. długość obu kończyn równa. Rany oczyszczają się głównie po zastosowaniu stałego kroplowego przepłukiwania płynem Dakina. Dn. 1. IX. 1917 kończynę w miejscu złamania prześwietlono. Po stronie zewnętrznej lewej kości udowej widoczny duży odłamek długości około 10 cm. Odłamki górny i dolny kości udowej stykają się z sobą w miejscu złamania, nachylone są jednak do siebie pod kątem rozwartym którego wierzchołek zwrócony do linji środkowej.

W następstwie tego zmniejszanie abdukcji stopniowo. Dnia 29. IX. 1917. Ranny od 20. IX. bez gorączki. Konsolidacja złamania dość silna. Od 25. IX. zmniejszanie siły wyciągowej codzień o 1 kg. tak, że obecnie działa siła 10 kg. Dnia 10. X. zdjęcie wyciągu i usunięcie grota. Bez reakcji.

Założenie opatrunku gipsowego sięgającego od bioder aż do palców stopy, poczem po wyschnięciu gipsu wycięto okno w miejscu ran. Zdjęcie roentgena przed założeniem opatrunku gipsowego wykazuje ułożenie obu odłamków złamania w idealnej prostej linji bez przesunięcia odłamków. (Rycina 26).



Ryc. 26.

Po stronie zewnętrznej trójkątny odszczep obok którego tkwi sączek gumowy.

L. p. 15. Gefreiter Avdo Lomigora ur. 1888 Islam. rel. z zawodu robotnik. Bos. hercog. Inf. Reg. 1. V. Foka. Bośnia.

Rozpoznanie: *Fractura compl. femoris sinistri.*

Wywiady: Raniony dnia 19. IX. 1916., przewieziony do szpitala dnia 21. IX. w szynie.

Stan obecny: Dnia 21. IX. Złamanie postrzałowe uda lewego kulą karabinową, w $^1/_3$ dolnej uda. Skrócenie 5 cm. silny obrzęk uda sięga aż do kolana.

W jamie podkolanowej wynaczynienie znaczne. Z ran postrzałowych wydziela się skąpo treść surowiczo krwawa. Ciepłota 38.5, tętno 130 dobrze napięte.

Leczenie: Dnia 22. IX. założenie wyciągu Steinmanna z przewierceniem grotu przez kość goleniową, zawieszenie na łóżku FL. Obciążenie 6 kg.

Dnia 25. IX. ciepłota normalna, 9. kg. Dnia 1. X. siła wyciągu równa 15 kg. Nacięcie ropnia w okolicy wystrzału. Dnia 15. X. przebieg normalny, kończyny obie równe, słaba konsolidacja.

Dnia 28. X. wyjęcie grotu. Zrost. Zdjęcie roentgenowskie (Rycina 27) wykazuje w projekcji bocznej wytworzenie silnej



Ryc. 27.

kostniny przy ustaleniu odłamka obwodowego w charakterystycznem zboczeniu ku tyłowi, jednak bez nasunięcia odłamków na siebie. Na rycinie widać jak na ukształtowanie konturów kończyny takie wygięcie niema najmniejszego znaczenia. Bezpośrednio po zdjęcia wyciągu założono opatrunek ustalający od bioder aż do palców stopy.

Dnia 1. XII. zdjęto ustalenie. Obie kończyny równie długie 98 cm.

L. p. 16. Rosyjski szeregowiec: Michałowicz Arak Paweł. ur. 1895, luteranin. Wolny. Z zawodu piekarz. Sybirski p. p. 22. V.

Rozpoznanie: *Fractura complicata (sclop) femoris sinistri.*

Wywiady: Raniony 1. X. 1916 kulą karabinową z tyłu w czasie pościgu po zdobytym okopie. Leżał w polowym szpitalu przez 2 dni.

Stan obecny: Wstrzał na tylnej stronie uda lewego w $^1/_3$ dolnej, wystrzał na przedniej stronie uda w połowie jego długości wielkości 5 cm.

Brzegi rany nekrotyczne, cuchnące, w ranie widoczny mięsień obrzękły wypuklony. Udo obrzękłe bolesne, kość złamana. Skrócenie 6 cm.

Dnia 4. X. chory gorączkuje 38.8, język suchy, udo znacznie obrzękłe. Z rany wydobywa się cuchnąca wydzielina. W uśpieniu morfinowo-eterowem nacięto ranę po stronie przedniej i tylnej uda, wyjęto drobne pozbawione okostnej części kości i munduru, poczem ranę zdrenowano.

Wyciąg plastrowy za podudzie w sankach Volkmanna i stałe przepłukiwanie rany płynem Dakina, przez dreny w ranie tkwiące. Obciążenie wyciągu siłą 4 kg., a w dniach 5. 6. 7. i 8. X. dodawano ciężaru tak, że 8. X. siła wyciągowa wynosi 10 kg.

Z powodu wystąpienia podrażnienia skóry na podudziu pod wpływem działania przylepców zdjęto dnia 12. X. wyciąg przylepcowy i kończynę ułożono w szynach. Dnia 16. X. zmiana opatrunku. Podrażnienie skóry nieco podgojone. W znieczuleniu miejscowem założenie grotu Steinmanna przez kłykcie kości goleniowej przy znacznie skróconej kończynie.

Kończynę zawieszono na łóżku Florschütza i obciążono siłą 6 kg.

Dnia 25. X. siła wyciągu 15 kg. Rana oczyszcza się. Dnia 15. XI. wyciąg zmniejszono do 11 kg. Dnia 28. XI. 1916 słaba konsolidacja złamania, rana czysta na brzegach zaciąga się. Założono opatrunek ustalający gipsowy od bioder aż do palców w znacznem odchyleniu kończyny. Zrost kostny słaby.

Po wycięciu okien w opatrunku gipsowym umożliwiającym kontrolę rany i opatrywanie, wykonano zdjęcie roentgenowskie, (Rycina 28) które wykazuje ułożenie odłamków dogłowowego



Ryc. 28.

i obrotowego w jednej linji, pomiędzy niemi istnieje wolna przestrzeń zaś po stronie zewnętrznej gruba listewka kostna łączy oba odcinki. Długość kończyn 81 cm.

L. p. 17. Landst. Inf. Hanus Alois. Rz. kat. Wolny. Rolnik. Inf. Reg. 83/2 Kolin Czechy.

Rozpoznanie: *Fractura comminutiva (sclop) femoris dextri.*

Wywiady: Raniony 21. VII. 1917 odłamkiem granatu. Z powodu ognia zaporowego leżał noc całą bez pomocy lekarskiej. Dnia 25. VII. przywieziono chorego w szynie prowizorycznej do leczenia stałego.

Stan obecny: Dnia 25. VII. 1917 przestrzał w środku uda prawego o brzegach rany nierównych poszarpanych, obłożonych brudnym nalotem. Wewnątrz rany tkwią dreny. Ballotement rzepki bardzo wyraźny. Ciepłota ciała wysoka, język suchy, obłożony. Z tego powodu dnia 27. VII. w narkozie morfinowo-eterowej rewizja rany przez rozszerzenie rany wstrzału i wystrzału.

Podejrzenie na zakażenie gazowe. Dnia 29. VII. wynik badania bakterjologicznego (Dr. Ballogh) skąpy wzrost drobnoustrojów beztlenowców w formie sztabek barwiących się Gramem. Równocześnie liczne bez dostępu powietrza rosnące diplocokki również barwiące się pozytywnie Gramem.

Dnia 1. VIII. 1917. Zmiany opatrunków co drugi dzień, przyczem kończynę uszynowano silnie nie zakładając wyciągu i stale przepłukiwano płynem Dakina. Dnia 4. VIII. 1917. Rana oczyszcza się, w głębi tkwią obumarłe odłamki oddzielających się kostek. Dnia 8. VIII. w znieczuleniu miejscowem założono grot Steinmanna przez kłykcie kości goleniowej. Odłamki tworzą kąt rozwarty wierzchołkiem zwrócony na zewnątrz. Skrócenie 7 cm. Kończynę zawieszono na łóżku Florschütza co 2 do 3 godzin zwiększając odchylenie (abdukcja) kończyny tak, że do kilku dni odchylenie kończyny wynosi 90°.

Równocześnie przeprowadzono na odłamek obwodowy działający ucisk boczny od strony zewnętrznej ku środkowi. Maksimum obciążenia wynosi 16 kg. Ucisk zewnętrzny powoduje znaczną podwyżkę ciepłoty sięgającą do 40.6 która jednak natychmiast opada po usunięciu ucisku.

Dnia 17. X. 1917 zdjęcie wyciągu i usunięcie grotu t. j. po dniach 70. Kanalik w kłykciach kości goleniowej po usunięciu grotu przepłukano nalewką jodową i założono opatrunek aseptyczny.

Zdjęcie roentgena wykazuje zrost kości w idealnem ułożeniu odłamków (Rycina 29). Kończyny równe. Założono opatrunek gipsowy i wycięto okno dla możliwości opatrywania rany.



Ryc. 29.

L. p. 18. Inf. Andrzej Siwak. Inf. Reg. 95. Komp. 7. Ur. 1879 r. Gr. kat. Z zawodu rolnik. Osiwce pow. Buczacz. Galicja.

Rozpoznanie: *Fractura sclopetaria comminutiva femoris sinistri. Phlegmona.*

Wywiady: Raniony 5. VIII. kulą karabinową. Do szpitala dostawiony w dobrej szynie.

Stan obecny: Dnia 8. VIII. Przestrzał poprzeczny uda lewego w 1/3 dolnej. Rany postrzałowe wielkości kalibru kuli karabinowej pokryte strupem. Cała kończyna silnie obrzękła. Nad środkiem uda od przodu wyraźny wypuk bębenkowy. Przy przesuwaniu brzytwy wzdłuż przedniej ściany uda wyraźny odgłos resonansowy. Tętno w lewej nodze wyczuwalne, słabsze jednak jak po stronie prawej. Na prawem udzie zranienie części miękkich. Ciepłota ciała 37 do 37.2. Tętno 120. Kończyna krótsza o 7 cm.



Ryc. 30.

Leczenie: Dnia 10. VIII. 1919 rano. Z rany wystrzałowej na stronie wewnętrznej uda wydziela się mocno cuchnąca krwista ropa. W narkozie morfinowo-eterowej nacięcie w miejscu wejście i wyjścia pocisku i zdrenowanie kanału postrzałowego. Przed nacięciem przewiercono grot Steinmanna (kolega st. med. Herzog), przez kość udową w ten sposób, że grot i ręce operującego nie miały żadnego kontaktu z raną zakażoną. Zawieszenie kończyny na łóżku Florschütza w semifleksji. Dnia 28. VIII. Przepłukiwania

płynem Dakina i opatrunki bez przenoszenia chorego, co 2-gi dzień. Wyciąg stale 15 kg. Kończyny równe.

Dnia 30. VIII. wyjęto dość duży odłamek obumarły kości udowej.

Dnia 18. IX. rany ropieją znacznie, konsolidacja wyraźna, ale słaba.

Dnia 1. X. zdjęcie wyciągu i wyjęcie grotu po 52 dniach. Rany po grocie bez reakcji zapalnej. Zrost złamania. Roentgen (Rycina 30) wykazuje ustawienie odłamków w linji prostej, silne bujanie kostniny.

Założono opatrunek gipsowy w którym chorego odesłano transportem z powodu braku miejsca.

L. p. 19. Infant. Józef Sokolicz. J. Reg. 71. 8 komp. Ur. 1893. Koszin Kroacja.

Rozpoznanie: *Fractura comminutiva sclopetaria femoris sinistri complicata.*

Wywiady: Ranny 5. VII. 1916 kulą karabinową. Dostawiony do szpitala w szynie prowizorycznej dobrze ustalającej dnia 7. VII. 1916.

Stan obecny: Dnia 7. VII. 1916. Przestrzał poprzeczny uda lewego w $^1/_3$ górnej w okolicy krętarza wielkiego. Okolica postrzału silnie obrzękła na ucisk bolesna. Silne podbiegnięcia krwawe w okolicy postrzału. Ciepłota ciała przy przyjęciu 38°, język podsychający, tętno 140 na minutę. Skrócenie kończyny 7 cm. wygięcie w okolicy krętarza typowe na stronę zewnętrzną.

Leczenie: Dnia 7. VII. 1916 ustalenie w szynie. Dnia 11. VII. 1916 z powodu ropienia w narkozie morfinowo-eterowej odsłonięto cięciem szerokiem miejsce wystrzału.

W rozległym skrzepie krwi tkwił płaszcz rozpryśniętej kuli karabinowej. Podwiązano tętnicę (profunda) udową, usunięto liczne luźne odłamki kostne i części munduru. Nerw kulszowy odsłonięty na znacznej przestrzeni i oblepiony masami ropnemi. Ranę szeroko rozwartą, zdrenowano na najniższym poziomie ku tyłowi. Po zabiegu założono wyciąg plastrowy Vollkmanna i zawieszono na łóżku Florschütza umożliwiając równocześnie przepłukiwanie płynem Carell-Dakina. Wyciąg 5 kg.

Dnia 18. VII. 1916. Zmiany opatrunku co drugi dzień. Wyciąg działa siłą 10 kg. Ciepłota utrzymuje się w granicach 38—38.5. Przepłukiwania Dakinem nieprzerwanie dzień i noc.

Dnia 24. VII. Obciażenie wynosi 16. kg. i pod działaniem tego ciężaru zsunął się cały przylepiec. Założono nowy i obciążono go siłą 6 kg.



Ryc. 31.

Dnia 27. VII. przy dojściu do obciążenia 12 kg. nastąpiło poraz drugi zsunięcie się plastru, wobec czego w znieczuleniu miejscowem przewiercono grot Steinmanna przez kłykcie kości udowej. Grot ten pozostawał aż do 27. XI. 1916 t. j. przez dni 122 (!), i przez cały czas kończyna ustawiona była w nadmiernej abdukcji. Prócz rozluźnienia naokoło grotu tak, że tkwił zupełnie wolno, żadnych innych zmian nie zauważono. Gojenie rany prawidłowe, jedynie wytworzył się ropień na stronie bocznej w okolicy krętarza wielkiego, który zmusił do interwencji czynnej w dniu 21. IX. 1916, przez szerokie nacięcie w okolicy krętarza dużego.

Po zdjęciu wyciągu założono opatrunek gipsowy w odchyleniu kończyny, przyczem w opatrunku wycięto okna umożliwiające zmiany opatrunków. Rana wydziela. Chory od 15. VIII. bez gorączki.

Dnia 8. XII. 1926. zdjęto opatrunek gipsowy, rany zagojone zupełnie. Obie kończyny równej długości. Zdjęcie ap. Roentgena (Rycina 31) wykazuje zrost kostny w idealnej linji bez przemieszczeń. Po stronie wewnętrznej pod krętarzem małym znaczne ubytki w formie zatok a w częściach miękkich liczne odłamki rozpryśniętego jądra kuli. Zmiany te są dowodem ciężkości tego złamania.

C) Z Oddziału oficerskiego szpitla Okręgowego, Sanatorjum Czerwonego Krzyża we Lwowie.

L. p. 20. Kapitan lek. Dr. med. Nataniel Graff. Komendat Czołówki sanit. Nr. 7.

Wywiady: W nocy z dnia 30. VIII. na 1. IX. 1920 uległ wypadkowi w czasie zderzenia się pociągu sanitarnego. Kończyna lewa na wysokości uda w niewiadomy sposób w czasie zderzenia została zranioną, a przedmiot uszkadzający po przedarciu skóry i mięśni złamał kość udową. Na oddział dostarczono chorego w dobrem ustaleniu.

Stan obecny: Złamanie kości udowej lewej. W odległości 32 cm. od przedniej szpary stawowej kolana lewego, rana kłuta o brzegach nierównych głęboko drążąca. Podniesienie ciepłoty ciała nieznaczne. Tętno 90, równe i dobrze napięte. W najbliższem sąsiedztwie zranienia lekki odczyn zapalny. Założono opatrunek aseptyczny i ustalono kończynę w szynie. Skrócenie 4 cm.

Zdjęcie roentgena wykazuje złamanie kości udowej w $^1/_3$ długości ze znacznem przemieszczeniem odłamków i skrócenie kończyny 4 cm. Odłamek obwodowy przesunięty ku tyłowi dogłowowy na stronę zewnętrzną.

Leczenie: Dnia 2. IX. 1920 założenie wyciągu przy pomocy grotu Steinmanna, który przewiercono przez kłykcie kości udowej w krótkotrwałem uśpieniu morfinowo-eterowem. Kończynę zawieszono na aparacie Ansina przy zgięciu kolana 45. i obciążono stopniowo wyciąg aż do 15 kg.

Przez cały czas leczenia chory bolów nie odczuwa żadnych, jedynie manifestują się przykre objawy ze strony systemu nerwowego w formie bezsenności, zwidywań i raptownych zrywań się ze snu. Objawy te długi czas trapią chorego. Dnia 2. X. 1920 wyjęto grot, rana na udzie zagojona, kończyny obie równe, zrost silny, ruchy w kolanie czynne 50°.

Założono opatrunek gipsowy na przeciąg 6 tygodni poczem chory przebył leczenie następowe. Dnia 15. II. 1926 na moją prośbę był kolega Dr. Graff łaskawym zrobić zdjęcie roentgenowskie kończyny w projekcji przedniotylnej (Ryc. 32) i bocznej (Ryc. 33) za co Mu w tem miejscu najserdeczniej dziękuję. Na zdjęciach widać wytworzoną silną kostninę, a ułożenie odłamków bez skrócenia i w idealnej osi.

Bardzo interesujących porównawczych zdjęć tuż po zranieniu zrobionych, nie mogłem wyprosić u kolegi roentgenologa, zaginęły jak i wiele innych ze szkodą dla niniejszej pracy.

L. p. 21. Ks. prob. Dykij. Lat 55. gr. kat. Turka n/S.

Rozpoznanie: *Stat. post fracturam intertroch. femoris dextri male san.*

Wywiady: W listopadzie 1918. upadł i złamał nogę w kłębie. Leżał 6 tygodni bez opatrunku z powodu braku przyrządów. „Kiedy chory zaczął pierwsze próby chodzenia zauważył nienormalne ustawienie kończyny, jej skrócenie ustawienie do środka i wygięcie w okolicy krętarzy.

W następstwie tego obecnie chodzić nie może, utyka i bardzo się męczy.

Stan obecny: Dnia 25. XI. 1920 kończyna prawa ustawiona w skręceniu nazewnątrz w silnej abdukcji. Krótsza o 5 cm. W okolicy krętarza dużego silne wygięcie na stronę zewnętrzną. Ruchy w stawie biodrowym i kolanowym utrzymane. Chód silnie utykający, w okolicy złamania wyczuwa się zgrubienie rozlane, niebolesne. Organy wewnętrzne bez zmian.

Leczenie: W uśpieniu morfinowo-eterowem założono grot Steinmanna przez kłykcie kości udowej, poczem cięciem bocznem odsłonięto miejsce złamania, a po oddzieleniu części miękkich, szerokiem dłutem oddzielono silny zrost od góry skośnie ku dołowi, od zewnątrz ku wewnątrz. Z chwilą przerwania ciągłości kości w miejscu zrostu, naciągnięto silnie za klamrę wyciągową przy równoczesnej abdukcji starając się o dopasowanie jak najdokładniejsze obu odłamków do siebie. Okazało się, że przy

odwiedzeniu kończyny w bok gruba narośl kostna w okolicy krętarza wielkiego u góry na odłamku dolnym przeszkadza w przyleganiu, wobec czego musiano ją oddłutowywać tak długo aż otrzymano dobre oparcie. Przy próbach ciągnienia nie można było pokonać oporu ściągniętych mięśni. Ranę zeszyłem i zaraz po zabiegu umieściłem chorego na łóżku Florschütza obciążając kończynę siłą 6 kg., odwodząc na stronę zewnętrzną około 50°.



Ryc. 32.



Ryc. 33.

Największe obciążenie 20 kg. przy którem nastąpiło wyrównanie skróconej kończyny w zupełności. Przebieg gojenia bez powikłań.

Dnia 25. XII. 1920. Zdjęto wyciąg i wyjęto grot, poczem założono opatrunek ustalający gipsowy w którym chory chodzi o kulach.

Dnia 28. XII. 1920 zdjęto ustalenie. Kończyna równa w normalnem ustawieniu. Zdjęcie Roentgena przed i po operacji niestety zaginęło, tak, że w roku 1922, więc w dwa lata po zabiegu dokonałem go na swoim aparacie i zdjęcie to w rycinie 34 przed-



Ryc. 34.

stawiam; zwracając uwagę na silne bujanie kostniny przy obu krętarzach i na idealne wprost ustawienie odłamków, tak, że jedynie silne zgrubienie zdradza przebytą sprawę. Chory chodzi zupełnie normalnie.

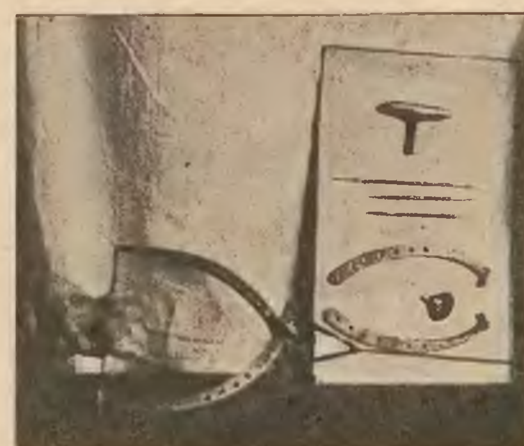
I n s t r u m e n t a r j u m S t e i n m a n n a jest bardzo proste a składa się jak to widać z obok umieszczonej ryciny: (Rycina 35).

1) Z rozmaitej długości gwoździ stalowych średnicy 2.5 do 4 mm opatrzonych na końcu grotem czterościennym.

2) Z rękojeści (klucza) którego otwór kwadratowy dokładnie dopasowany jest do zakończenia (grotu) gwoździa. Za pomocą klucza tego wkręca się grot przez kość.

3) Z klamry dwudzielnej odpowiadającej mniej więcej wymiarowi 1/4 obwodu koła. Górna część klamry zaopatrzona jest nasadą obejmującą grot gwoździa, dolna część płasko wyrobiona nosi otwory w jednej połowie i takie same nagwintowane w drugiej. Za pomocą śruby ustalamy obie połowy klamry *).

S p o s ó b z a ł o ż e n i a g w o ź d z i a. Założenie gwoździa poprzedza gruntowne odkażenie pola operacyjnego, przyrządów i rąk lekarza. Szczegóły te są bardzo wyraźnie i kilkakrotnie przez autora z bardzo zrozumiałych zresztą powodów podkreślone.



Ryc. 35.

Błędy w aseptyce mogą być przyczyną groźnych następstw. Za Steinmanem p r z e w i e r c a m grot przez kość. Waegner z Charkowa przebija młotkiem, Belker przewierca wprzód kanał świderkiem poruszanym motorkiem elektrycznym. Przewiercanie za pomocą ruchów obrotowych ręki jest daleko łagodniejszym sposobem, aniżeli przebijanie młotkiem, które zawsze wywołuje wstrząs. Dlatego też pierwszeństwo sposobowi S t e i n m a n n a bezwarunkowo oddać należy.

Jako znieczulania używałem stale krótko trwającego zamroczenia morfinowo-eterowego w przypadkach złamań postrzałowych z wybroczynami podskórnemi, we wszystkich zaś innych przypadkach używałem przez autora poleconego znieczulenia nowokainą 1/2 do 1%, infiltrując miejsce na skórze, pod skórą, mięśnie i okostną ze stron obu. Mniej wrażliwi chorzy, a zwłaszcza nie pouczeni o zabiegu znoszą przebicie czy też przewiercenie gwoździa bez jakiegokolwiek znieczulania. Wspomniany W a e-

*) Przyrząd ten kompletny wyrabia mój mechaniczny warstat we Lwowie ul. Friedrichów l. 2.

gner stale w ten sposób postępuje, choć zdawałoby się, że tego rodzaju postępowanie w następstwie wywoła silny ból zaraz przy pierwszych ruchach gwoździa. W rzeczywistości tak nie jest, a w jednym przypadku skutkiem sprzeciwu ze strony chorego, który nie pozwolił ani na narkozę ani na znieczulenie miejscowe, przewierciłem gwóźdź bez znieczulenia. Chory porównał ból z ukłuciem grubej igły rekordu! Wszelkie nacinania skóry poprzedzające założenie gwoździa są nie tylko zabiegami niepotrzebnemi, ale nawet uważam takie postępowanie za bardzo niebezpieczne ponieważ stwarza się przez nie warunki dogodne dla zakażenia następowego. Usprawiedliwionem byłoby małe nacięcie skóry nie dłuższe nad długość średnicy grotu w miejscu wejścia, i to tylko samej skóry, więc nie głębokie. (Brenner, Kausch, Finsterer).

Przy takiem postępowaniu, części nawierzchni skóry i gruczoły łojowe z ich liczną kolonją bakteryjną trudną do usunięcia, nie mogą być wtłoczone głębiej przy przewiercaniu.

Pouczającem jest zresztą smutne doświadczenie Schwarca, który przez szerokie nacięcie aż do kości, spowodował wtórne zakażenie i zropienie krwiaka około złamania. Smutny ten przypadek przez przeciwników Steinmanna często podnoszony nie może w żaden sposób dyskredytować samego sposobu. Skoro drugi koniec grotu okaże się pod skórą od strony przeciwnej, napinam skórę nieco przez grot ku górze uniesioną i po kilku poruszeniach obrotowych wydostaję koniec grotu nazewnątrz. Następnie nasilam skórę na gwóźdź tworząc w ten sposób lejkowate zagłębienie, które wypełniam proszkiem antiseptycznym, następnie nabijam na wystające groty płatki gazy wyjałowionej i waty i wszystko umocowuję opaską tak, że z obu stron opatrunku wystaje tylko grot o długości $1^1/_2$ do 2 cm. Zamknięcie w ten sposób opatrunkiem wejścia i wyjścia grotu chroni nie tylko od możliwego następowego zanieczyszczenia, ale także przeszkadza ciekawości chorych, którzy ogromnie są zaintrygowani i radzi chcieliby poznać w jaki sposób punkt zaczepienia siły wyciągowej umieszczono. Opatrunek w końcu ma także pewnego rodzaju dla grotu znaczenie ustalające i nie pozwala na przesuwanie się gwoździa w swoim kanale, przez co czyni zbędnem używanie rozmaitego rodzaju płytek metalowych i gumowych zapomocą których starano się do przesunięcia niedopuścić.

C. d. n.

OCENY.

Dr. med. Ludwik Zembrzuski pułkownik: *Michał Bergonzoni (1748—1819).* Kartka z dziejów medycyny wojskowej i społecznej w Polsce. Warszawa 1926. Skład główny: Księgarnia Wojskowa.

Zasłużony historyk wojskowego sanitarjatu p. pułkownik W. P. Zembrzuski, autor znanego „Rysu Dziejów Chirurgji Wojennej Polskiej" i wielu innych cennych prac historycznych, świeżo wzbogacił piśmiennictwo nasze ciekawą rozprawą, poświęconą działalności w Polsce znakomitego lekarza — Włocha, który do końca życia pracował z pożytkiem dla nas. Autor wyzyskał w omawianej pracy cenny materjał archiwalny, co zapewni tej rozprawie trwałą wartość naukową. Świetne charakterystyki najwybitniejszych lekarzy, działalność których korzystnie odbija się na rozwoju życia społeczno-lekarskiego w Polsce, stanowić będzie niewątpliwie nader cenny i trwały nabytek dla historji.

M. Bergonzoni rozpoczął swoją działalność w Polsce od pracy lekarza domowego księcia Józefa Sanguszki, wielkiego marszałka litewskiego. Dalsza działalność jego mija w Lublinie, skąd po upływie 5 lat przenosi się do Warszawy, gdzie otrzymuje nominację od Stanisława Augusta na stanowisko lekarza naczelnego wojska polskiego. W r. 1795 obejmuje kierownictwo szkoły chirurgicznej w Warszawie, o wznowienie której zabiegał do spółki z Gagatkiewiczem. Niestety Prusacy po zajęciu Warszawy zamknęli świeżo założoną szkołę i Bergonzoni zmuszony zostaje do poświęcenia się praktyce lekarskiej. Ruchliwa i wszechstronna działalność jego powoduje, że już w r. 1803 zostaje wybranym na członka czynnego Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk a po upływie dwóch lat zostaje przewodniczącym działu fizyczno-matematycznego, piastując tę godność w ciągu lat 14. Z utworzeniem Księstwa Warszawskiego Bergonzoni znowu zostaje powołany na stanowisko „protomedyka wojska polskiego" i pracuje z pożytkiem dla kraju w ciągu 5 lat. Najkorzystniejszem dziełem z tego okresu czasu jest założenie w r. 1808 wraz z protochirurgiem Lafontainem wojskowej szkoły chirurgicznej. U schyłku życia działalność jego przebiega w pracy filantropijnej, która wyróżniona została wyborem jego na stanowisko przewodniczącego wydziału lekarskiego Warszawskiego Tow. Dobroczynności.

Autor w tej pracy daje więcej niż fragmentaryczną biografię, gdyż charakteryzuje dosadnie ówczesny stan kraju oraz tło panujących stosunków. Do pracy dołączona została piękna podobizna — fotograwjura. Dla przypomnienia dodam, że we Lwowie w Muzeum Narodowem Jana Sobieskiego znajduje się w zbiorach inna podobizna Michała Bergonzoni, zatytułowana: „lekarz Króla Stanisława Augusta r. 1819".

W. Janusz.

W. Miklaszewski: *Próba statystyki raka w Rzeczypospolitej Polskiej.* Warszawa 1926, str. 30+VI wykresów.

Autor na podstawie zbadania $88^1/_2$ tysiąca kart statystycznych usiłuje oświetlić szereg zagadnień dotyczących sprawy raka. Najważniejsze które M. porusza są: 1) Czy rak szerzy się w Polsce w sposób zatrważający? W odpowiedzi autor stwierdza, że choroba rakowa nie jest u nas tak częstem schorzeniem, jak to występuje w innych krajach. Stosunek gruźlicy do raka jest odmienny w Polsce, niż w innych państwach. Gruźlica w Polsce zbiera obfity plon w wieku młodym i zniża przeciętną długowieczność, a temsamem zmniejsza liczbę zasłabnięć rakowych, które występują, jak wiemy, predylekcyjnie w wieku podeszłym. Wobec tego stosunkowo wczesne występowanie u nas raka jest raczej sprawdzianem małej długowieczności niż wyrazem przedwczesności. Omawiając stosunek gruźlicy do schorzeń rakowych, autor zupełnie nie uwzględnia, że statystyki sekcyjne podają pewien odsetek jednoczesnego występowania gruźlicy i raka w jednym i tym samym ustroju, co nie pozwala na ścisłe przeprowadzenie porównawczych wniosków, gdyż skrzyżowanie się obydwóch chorób pokrzyżuje rzecz oczywista i wysnuwane twierdzenia. W drugim wniosku autor stwierdza, że częstość nowotworów złośliwych w związku z płcią jest u kobiet bynajmniej nie większa. Autor, podobnie jak wielu innych badaczy, podnosi jaskrawo zaznaczającą się różnicę w częstości i umiejscowieniu guzów złośliwych wśród ludności wyznań chrześcijańskich a ludnością żydowską, która stanowi bardziej jednolitą masę w znaczeniu rasy. Omawiając wpływ stanu rodzinnego na częstość występowania nowotworów złośliwych, autor podaje dane statystyczne, stwierdzające, że w bezżeństwie pozostaje w rozmaitych dzielnicach Polski 3,5—8,1% mężczyzn i 5,8 do 10,5% kobiet. Autor odnosi wrażenie, że u rakowatych te odsetki są przekroczone, czyli że bezżenność jest czynnikiem, sprzyjającym rozwojowi raka. Pojęcia bezżenności w czasach zwłaszcza nowoczesnych są tak rozwlekłe, że brak odpowiednich szczegółów w kartach statystycznych nie pozwolą na wyciągnięcie wniosków, które w przeciwnym razie byłyby, zresztą niezmiernie ciekawe. Wpływ wykonywanego zawodu na powstawanie nowotworów autor charakteryzuje raczej wedle stanu zarobku pracownika i trybu jego życia, aniżeli bezpośrednim wpływem rodzaju pracy na powstawanie guza. Obliczenia autora wskazują, że najgorzej uposażeni i najbardziej wystawieni na wahania gospodarcze obywatele, są najbardziej narażeni na nowotwory złośliwe, czyli, że ta choroba jest chorobą społeczną w niemniejszym stopniu, niż gruźlica, i że zwalczać ją należy metodami społecznemi. Dalej M. stwierdza, że ludność rolnicza jest znacznie rzadziej obarczona nowotworami złośliwemi, niż wszystkie inne zawody. W tym miejscu autor przytacza b. ciekawą tabelę, w której podane są 8 grup zarobkowych tak chrześcijan jakoteż i żydów, oraz % przeciętna częstość występowania raka w poszczególnych narządach. O bezpośrednim wpływie danego zawodu na powstawanie nowotworu nie może być mowy w świetle przytoczonego zestawienia. Poruszając sprawę współzależności stopnia wykształcenia i częstości guzów złośliwych, autor oblicza, że wśród chorych nowotworowych daje się zauważyć 37,7% analfabetów mężczyzn, 46,43% kobiet, na jednostki z wykształceniem powszechnem przypada 54,64% i 46,99%. W 7 punkcie, autor kreśli liczbowe rozmieszczenia stałego zamieszkania chorych z nowotworami w Polsce. Wreszcie na końcu autor uprzytamnia, że umieralność na raka jest w innych krajach znacznie większa, niż zapadalność w Polsce. Znamiennem jest, że z podanych zestawień wynika, iż w leczeniu szpitalnem przebywało zaledwie $^1/_3$ wymienionych chorych, którzy pozostawali zresztą w szpitalu nie więcej niż 3 tygodnie. Wyżej podana pozycja przejąć musi każdego zgrozą, zwłaszcza, jeśli się uprzytomni znany nam wszystkim nieszczęśliwy los chorych na raka. Zapoznanie się z treścią omawianej książki, która jest pierwszą próbą ogólnopaństwowej statystyki rakowej pobudzi niewątpliwie każdego z czytelników do zastanowienia się nad zaradzeniem panoszącej się klęsce i wyszukaniu środków do zjednoczenia wszelkich wysiłków, aby powagą stanu lekarskiego i wiedzą swoją zmusić społeczeństwo do większej ofiarności a czynniki państwowe wytrącić nareszcie ze stanu biernego. Walka z rakiem — chorobą społeczną staje się zatem sprawą niezmiernie palącą, która dzięki energji naszych lekarzy winna stać się zagadnieniem ogólno-państwowem. Jedynie w ten sposób pojęte zasady pozwolą na przeprowadzenie racjonalnych metod walki z rakiem w Polsce.

W. Janusz.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Presse méd.

68. 1925.

Marchand. *O epilepsji u dzieci.* Ataki epileptyczne u dzieci bardzo rzadko należą do postaci objawowej epilepsji; zalicza je się zwykle do grupy „konwulsji wieku dziecięcego", a rozpoznaną epilepsja bywa rzadko. W $^{9}/_{10}$ przypadków, napady epilept. u dzieci występują wśród najlepszego zdrowia. Symptomatologja napadów jest b. rozmaita. Autor rozróżnia na swym materjale następujące postacie:

1. Postać drgawkowa. B. rzadko drgawki ogólne z przewagą kurczów tonicznych. Kurcze kloniczne zjawiają się dopiero w miarę rozwoju ukł. piramidowego. Zwykle drgawki ogranicz. grupy mięśni z utratą przytomności. Zajęte tu mogą być mięśnie oczne, powiek, ust, szczęk, klatki piersiowej, mięśnie oddechowe, krtani, przepony.

2. Postać kurczowa *(avec spasmes)*, częstsza od poprzedniej. Stan kurczowy może dotyczyć całego ciała. Padanie niezawsze. Napady trwają kilka sekund, są b. częste. Ta postać może dotyczyć tylko mięśni oddechowych.

3. Postać z przerwą w działaniu mięśni *(avec inhibition musculaire)* polega na samem upadaniu. Może obejmować kończ. dolne lub górne. Bladość twarzy. Napady mogą być b. częste.

4. Postać psychiczna. Polega na utracie przytomności na kilka chwil. nawet bez padania. Objawy automatyzmu psychicznego, chodzenie, mówienie. Tu należą napady *pavor nocturnus*.

5. Postaci mieszane polegają na łącznem występowaniu objawów poprzednich postaci.

6. *Tic de salaam.* Rzadki. Napady kurczowe ruchów kłaniania się z utratą przytomności. Występuje do 3—4 r. ż., rzadko później.

Przy dużej różnorodności objawów epilepsja u dzieci ma cechy sobie właściwe: bladość twarzy, b. rzadko sinica, brak okresu oddychania stertorycznego, krótkość napadów, duża ich częstość. Zatrzymanie w rozwoju intelektualnym dosyć częste. Rozpoznanie bywa trudne; za epilepsją przemawia częstość napadów i ich podobieństwo. Co do rokowania, autor sądzi, że we wszystkich przypadkach, kiedy powyżej opisane napady występują nie w przebiegu chorób gorączkowych, zatruć, lub nie jako objaw odruchowego podrażnienia kory mózgowej, tylko w pełni zdrowia, należy rokować poważnie i oczekiwać z czasem przejścia napadów w klasyczną epilepsję.

S. Dembowski (Warszawa).

Acta Radiologica.

T. VI. zeszyt 6. z dnia 15. XII. 1925.

Dr. N. Voorhoeve (Amsterdam): *O leczeniu ziarnicy złośliwej promieniami Roentgena.* Autor podaje 19 przypadków ziarnicy złośliwej (lymphogranulomatosis maligna) stwierdzonej histologicznie, bądź to za życia, bądź też na stole sekcyjnym. Z tej liczby przypada 11 na kobiety, 9 na mężczyzn wiek od 20—40 lat. We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach stosowano prócz arszeniku tylko naświetlanie promieniami X. Autor po przytoczeniu dokładnej statystyki przypadków ziarnicy naświetlanej i nienaświetlanej przychodzi do przekonania, że przez umiejętne stosowanie pr. Roentgena można choremu przedłużyć życie przeciętnie o 2 lata. W dalszym ciągu Dr. Voorhoeven podaje sposób leczenia ziarnicy i dowodzi, że przy ogromnej różnorodności ziarnicy złośliwej, przy rozmaitej jej rozległości i wreszcie przy niejednakowej reakcji organizmów na naświetlanie pr. Roentgena — leczenie jej powinno być bardzo idywidualne. Jednakże pewne warunki leczenia naświetlaniem muszą być stałe:

1) Wszystkie bez wyjątku ogniska chorobowe winny być intensywnie naświetlone.

2) Obszar naświetlany musi odpowiadać rozległości ogniska chorobowego.

3) Naświetlania ponowne muszą być przeprowadzone bezpośrednio po wystąpieniu recydywy.

Autor przestrzega przed niepotrzebnym naświetlaniem zbyt wielkich obszarów ciała, a zarazem zwraca uwagę na bardzo częste powiększenie gruczołów chłonnych jamy brzusznej, które w razie ich schorzenia winny być bezwzględnie naświetlane; w tych przypadkach należy naświetlać całą jamę brzuszną. Ilość ciałek białych w czasie leczenia wykazuje zawsze b. duży spadek, jednakże nie powinna ilość ich spaść poniżej 2500. Omawiając przeciwwskazania dla naświetlania promieniami Roentgena, autor widzi je w przypadkach usadowienia się ziarnicy złośliwej w śródpiersiu przy istniejącej gruźlicy płuc lub śródpiersia; dalej rozsiane przerzuty w szpiku kostnym oraz ostry stan zapalny wokoło ognisk ziarniczych są bezwzględnemi przeciwwskazaniami radioterapji ziarnicy. Na zakończenie autor zwraca uwagę na niepewność opierania diagnozy na wynikach ostologicznego badania wyciętych gruczołów i zaleca w przypadkach wątpliwych naświetlania roentgenowskie.

Imich (Kraków).

Monatschr. f. Psychiatr. u. Neurol.

Tom 59.

Epstein. *O występowaniu gorączki w przebiegu stwardnienia wieloogniskowego.* Od czasu podanej przez Strümpla teorji wewnątrz-pochodnej etjologji stwardnienia wieloogniskowego zapomniano o klasycznym opisie Charcota ostrych skoków i towarzyszących im podniesień ciepłoty. Fakt ten zresztą też nie był przez nikogo sprawdzany tylko cytowany przez późniejszych autorów mniej lub więcej dosłownie. Autor znalazł w piśmiennictwie opisane tylko 3 przypadki stwardn. wieloogn., z gorączką Pomimo, iż przyjął się ostatnio pogląd o zapalnem pochodzeniu stwardn. wieloogn., większość podręczników nie wspomina, że gorączka może należeć do obrazu klinicznego stwardn. wieloogn. Autor zebrał 34 przypadki stwardn. wieloogn., w których wszelkie inne przyczyny gorączki były wykluczone. Wśród nich w 22 przypadkach obserwowano podniesienie ciepłoty. Autor odróżnia 3 rodzaje zjawienia się gorączki w stwardn. wieloogn.:

1. W początkach choroby, ciepłota ponad 37, nietypowa, taka, jaka może się zjawiać w różnych zaziębieniach. Równorzędności objawów klinicznych i ciepłoty tutaj brak.

2. U szczytu ostrego skoku i podczas jego przemijania. W przeciągu kilkunastu dni temp. wieczorem do 38 i ranna wyżej 37. Z ustępowaniem objawów klinicznych opada również ciepłota jednak wieczorem zatrzymuje się nadal około 37.

3. Stała ciepłota podgorączkowa w przypadkach postępujących stale i powoli bez ostrych skoków.

Z zestawień tych wynika, że występowanie nieznacznej gorączki w stwardn. wieloogn. nie należy do rzadkości i nie jest przywiązane do skoków choroby. Gorączka należy do obrazu stwardn. wieloogn. w podobny sposób, jak to ma miejsce w niektórych postaciach gruźlicy. Jeśli wziąć pod uwagę, że gorączka jest wyrazem sprawy zapalnej, to fakty powyższe dają wskazówkę co do wartości ewentualnej terapji. O skuteczności leczenia stwardn. wieloogniskowego zapomocą malarji lub salwarsanu moglibyśmy mówić wtedy, gdyby poprzednio obserwowana temperatura znikała na stałe. W przypadkach autora leczonych salwarsanem lub malarją i chininą tak nie było, temperatura utrzymywała się nadal. W przyszłości od jakiegokolwiek preparatu lub metody postępowania w leczeniu stwardn. wieloogn. tylko wtedy możemy się spodziewać dodatniego wyniku, gdy one w tem cierpieniu będą na stałe usuwały gorączkę.

Stany podgorączkowe mogą mieć znaczenie rozpoznawcze w różniczkowaniu między stward. wieloogn. a kiłą mózgowo-rdzeniową w razie ujemnego odczynu Wassermanna.

Henning. *O zespołach płatów czołowych.* Płaty czołowe zaliczano dawniej do t. zw. niemych części mózgu. Objawy wypadowe, spostrzegane w schorzeniach płatów czołowych, były niestałe i przeczyły sobie nawzajem. Za tem, że płatom czołowym należy przypisać pewne czynności psychiczne, przemawiały dane anatomo-porównawcze, więc powiększenie się płatów czołowych u zwierząt coraz wyżej uorganizowanych, duże pofałdowanie, duża powierzchnia i duża ilość substancji białej u człowieka. Dane patologiczne zdawały się również potwierdzać przypuszczenie, że płaty czołowe są siedliskiem funkcji psychicznych, gdyż w schorzeniach płatów czołowych stwierdzano zaburzenia psychiczne, szczególnie zaburzenia inteligencji. Bruns wykazuje uderzający brak zainteresowania, obojętność, jako objaw cierpienia płatów czołowych. Według nowszych spostrzeżeń klinicznych uszkodzenia płatów czołowych dają objawy wypadowe w dziedzinie ruchowej, określane jako akineza, osłabienie pobudzeń ruchowych; obrazy te miały duże podobieństwo do akinezy i zahamowania katatoników. Dołączać się może „ataksja czołowa" (Bruns) i drżenia. Objawy te mają znaczenie w początkach zachorzenia, później mogą występować jako następstwo uszkodzenia całości mózgu. Goldstein przyjmuje istnienie dużego aparatu, obejmującego płaty czołowe i ciemieniowe i przypuszcza, że te ostatnie dostarczają materjału stanowiącego treść naszych wiadomości i działania, a płaty czołowe nadają tej treści wyraz zewnętrzny.

Autor cytuje 2 przypadki Bostroema i 3 przypadki Gürtlera i podaje 2 własne. W przypadkach tych były na początku zaburzenia psychiczne które nie budziły podejrzenia co do schorzenia ogniskowego. Chorzy mówili b. mało, choć nie było zaburzeń afatycznych; na żądanie mogli się porozumiewać zupełnie normalnie. To samo tyczyło się mimiki twarzy i ruchów całego ciała. Na po-

czątku objawy te tyczyły się kończyn, w których w dalszem przebiegu występowało porażenie połowicze. Brak pobudzeń ruchowych może obejmować tylko jedną połowę ciała (w pewnym okresie schorzenia) i stanowić objaw ogniskowy.

Przypadki autora potwierdzają spostrzeżenia Brunsa, Feuchtwangera i innych.

Jeśli w początku organicznego cierpienia mózgu naprz. guza, jako pierwsze występują brak pobudzeń ruchowych, akineza, brak zainteresowania, ataksja, to można będzie przypuszczać ognisko w przednich częściach mózgu. Objawy te w początkach choroby mają wartość lokalizacyjną.

Nie należy przypuszczać, że te zespoły występują bez wyjątku we wszystkich przypadkach. W niektórych przypadkach schorzenia płatu czołowego występowały stany hiperkinetyczne, stany akinetyczne obserwowano i w schorzeniach płatów skroniowych.

Badania Feuchtwangera potwierdzają spostrzeżenia autora. Feuchtwanger u chorych z uszkodzeniem płatów czołowych znalazł zaburzenia uwagi czynnej, zdolności do koncentracji, zaburzenia w dziedzinie woli, mianowicie osłabienie pobudzeń ruchowych, osłabienie napięcia woli przy wykonywaniu aktów woli. Autor wyraża przypuszczenie, że przednie odcinki mózgu stanowią ważne punkty węzłowe dla dziedziny emocjonalnej całości psychiki jak to utrzymywał Flechsig.

S. Dembowski (Warszawa).

Internationaler ärztlicher Fortbildungskursus.

Karlsbader ärztliche Vorträge. Band 7. 1925.

Prof. Balinth. *Kilka słów o wrzodach żołądkowo-dwunastniczych. (Ueber einige Ulcusfragen).* Nie ulega kwestji, że samotrawienie w związku z miejscowemi warunkami anatomicznemi i funkcjonalnemi (zboczenia w unaczynieniu*) i unerwieniu) odgrywa poważną rolę w powstawaniu i w stosunkowo słabej tendencji do gojenia się wrzodów żołądkowo-dwunastniczych. Atoli w patogenezie samotrawienia zbyt przecenia się udział nadkwaśnej treści, opierając się na dobrych jakoby wynikach działania środków, obniżających nadmierną kwaśność (alkalje, atropina, odnośna dieta), a nie uwzględniając skutecznego również ich wpływu na sprawy wrzodowe o kwaśności normalnej lub nawet o niedokwaśności, co wszak ma miejsce w 60% przypadków wrzodów, umiejscowionych poza okolicą odźwiernika, uchodzącą za miejsce powstania podniet do odruchowego wyzwalania się sekrecji kwaśnej. Również niesłusznie przypisuje się nadkwaśności przyczynę bolów wrzodowych, pomimo, że bole dokuczliwe dość często występują w przebiegu wrzodów bezkwasowych. Przyczyna bolów, zdaniem autora, objaśnić się daje kurczami mięśniowej okolicy wrzodowej, co stwierdzonem zostało przez Hardta za pomocą badań manometrycznych w połączeniu z jednoczesnem określaniem stopnia kwaśności treści żołądkowej. Pozatem za niezależnością bolów od nadkwaśności przemawiają t. zw. bole głodowe, występujące nieraz wobec zupełnego braku kwasów, oraz charakter spastyczny bolów, dość często imitujących kolki żółciowe.

Nader żmudne badania autora stwierdziły w znacznej odsetce przypadków chorych na wrzody żołądkowo-dwunastnicze zakłócenie równowagi kwasowo-zasadowej ustroju, a mianowicie zakwaszenie tkanek ustrojowych, wyrazem czego było większe zapotrzebowanie przez tkanki te wprowadzonych do ustroju zasad (niemożność alkalizowania moczu zwykłemi dawkami alkalji). W tej kwaśności ustroju autor upatruje główną przyczynę jego ranliwości *(vulnerabilitas)* i zmniejszonej tendencji do gojenia się uszkodzonych jego tkanek. Zmniejszona ta odporność tkanek stwierdzona została doświadczalnie na królikach, u których, po zakwaszeniu ich tkanek mieszaniną kwaśnego fosforanu sodowego z kwasem solnym, sztuczne uszkodzenia skóry okazały słaba tendencję do gojenia się. Pozatem wyrazem kwasicy tkanek u chorych wrzodowych jest właściwa im wagotonia (mniejsza wrażliwość na adrenalinę, kurcze jako objaw wagotoniczny). Za kwasicą tkanek, jako za głównym momentem patogenetycznym w sprawie wrzodowej, przemawia zresztą wpływ dodatni na objawy wrzodowe nadmiernego alkalizowania nie samej tylko treści żołądkowej, lecz tkanek ustrojowych, co osiągnąć się daje bądź za pomocą kuracji Sippy'ego, bądź kuracji nowoproteinowej (przeobrażenie układu nerwowego-Pribram) bądź wreszcie zapomocą roentgenoterapji. Pomyślny nieraz zwrot w przebiegu wrzodów żołądkowo-dwunastniczych po obfitych krwotokach przypisać należy wzmożonej wentylacji płucnej w zależności od drażnienia utratą tlenu ośrodka oddechowego, wyrównującego zakłóconą równowagę kwasowo-zasadową.

Co do etjologji samej kwasicy dotychczas nie ustalono, czy wchodzą tu w grę własności konstytucjonalne koloidów komórkowych, czy też konstytucjonalnie zmieniony stan wegetatywnego układu nerwowego (czy też zaburzenia ze strony czynników, regulujących stan kwasowo-zasadowy: moderatorów, wentylacji płucnej, czynności nerkowej — przypisek sprawozdawcy). Perjodycznością zachwiania się równowagi kwasowo-zasadowej objaśnić się daje zmienna okresowość przebiegu sprawy wrzodowej (Straub).

Co się tyczy utajonych krwawień, to autor zapatruje się na stałe ich występowanie, jako na objaw właściwy raczej owrzodzeniem rakowatym, niż zwykłym wrzodem żołądkowo-dwunastniczym, które, wbrew mniemaniu innych badaczy, nie zawsze okazują skłonność do przejścia w nowotwory złośliwe: owrzodzenia o charakterze rakowatym, zdaniem autora, zachowują skłonność do stałych krwawień i złośliwość przebiegu od samego początku ich powstania.

Terapja wrzodów żołądkowo-dwunastniczych, opierając się na czynnikach patogenetycznych, powinna mieć za zadanie usilne alkalizowanie tkanek ustrojowych odnośnemi farmaceutycznemi środkami (terapja Sippy'ego**) atropina) obok odpowiedniej nie drażniącej diety.

Co się tyczy leczenia chirurgicznego, to wobec tego, że wrzód żołądkowo-dwunastniczy nie jest sprawą lokalną, a raczej następstwem skazy kwasowej, wobec częstej uleczalności jego pod wpływem odnośnej terapji farmaceutyczno-dietetycznej i wreszcie wobec stwierdzonej możliwości samoistnego gojenia się nawet wrzodów modzelowatych, zabiegi chirurgiczne powinny być ograniczone do leczenia wrzodów bardzo opornych oraz ich następstw (zwężenia, przedziurawienie).

Dr. Puterman (Sosnowiec).

Deutsche Zeitschrift f. die gesamte gerichtliche Medizin.

VI. Bd. I. H.

Kockel: *Przyczynek do znaczenia sadowego diagnozy przez powonienie.* Na podstawie charakterystycznej woni trocin, znalezionych w domu podejrzanego, identycznej z wonią drzewa młotka, który służył jako narzędzie mordu, doszedł autor do wniosku, że obwiniony przygotował sobie narzędzie, by je włożyć do kieszeni, że więc nie chodzi w danym przypadku o zabójstwo, jak to zeznawał obwiniony, lecz że było to uplanowane morderstwo.

Meixner: *Częściowo powietrzne płuca u dziecka zmarłego przed porodem.* Przy sekcji kobiety, która zmarła przed porodem w następstwie *hepatitis haemorrhagica* i wylewu krwawego do 4-tej komory mózgowej, znalazł autor w macicy płód, prawie zupełnie donoszony, którego małe kawałki przednich brzegów płuc były wypełnione powietrzem. Autor tłumaczy to ruchami, które sam wykonał z obumarłym płodem, a które mogły, podobnie jak sztuczne oddychanie lub wahania Schulzego wprowadzić powietrze do płuc zwłok.

Goroncy: *O znaczeniu ciepłoty w celu odróżnienia prawdziwej i rzekomej izoaglutynacji.* Przy oznaczaniu grup krwi często przeszkadza zjawisko pseudoaglutynacji i autoaglutynacji i by tym zjawiskom przeszkodzić, podawał Lattes różne metody: rozcieńczania surowicy lub dodawanie lecytyny. Autor chcąc uzyskać najlepszą metodę badał wpływ ciepłoty na wyniki aglutynacji i wykazał, że najlepiej otrzymywać surowice, służące do oznaczań, w ciepłocie 0°, i że wtedy autoaglutynacji brak. Przy badaniu śladów krwi najlepiej również z tego względu sporządzać wyciąg z plam w ciepłocie 0°. Również plamy krwawe, które powstały i przyschły w niskiej ciepłocie są łatwiejsze do badania; plamy, które powstały w wyższej ciepłocie muszą być badane w kierunku izoaglutynacji w ciepłocie przynajmniej 20° C.

Brock: *Małoletni przestępcy płciowi.* Wśród 710 przypadków przestępstw płciowych, badanych przez autora, 38 dotyczą

*) Otfried Müller stwierdził u licznych chorych na wrzód żołądka zarówno ze strony naczyń włosowatych skórnych, jak i samej błony śluzowej wyciętych żołądków ogniskowe zmiany naczynioworuchowe, polegające na długotrwałych zastojach krwi w rozszerzonych odnogach żylnych włosowatych — zmiany przypominające zboczenia naczyniowe w sprawie Raynaud'a. (Ibidem str. 10, 11).

**) Kuracja Sippy'ego polega na cogodzinnem podawaniu obok diety nie drażniącej mieszaniny:

I. Magn. carbonic. Natr. bicarb ad 0,5 na przemian z

II. Calc. carbon. 0,5 Natr. bicarb 1,5

Porges zamiast *natr. bicarb* zaleca:

Calc. carbon. — magn. usta, dając przy skłonności do zatwardzenia więcej *magn. ustae. Przypisek sprawozdawcy.*

chłopców poniżej 17 lat, z tych 9 poniżej lat 10. Przestępstwa płciowe u dzieci występują przeważnie wśród sfer niższych.

Willer: *Wyniki pomiarów na zwłokach.* Na podstawie licznych pomiarów źrenic na zwłokach przy pomocy pupillometru, pozwalającego na określenie różnic o 1/10 mm., autor dochodzi do wniosków: w 1—2 godzin po śmierci występuje zwężenie źrenic ludzkich, przez pewien czas powiększające się: bezpośrednio po śmierci rozszerzenie nie występuje. Przyczyną tego zwężenia jest stężenie pośmiertne zwieracza źrenicy oraz częściowo wysychanie gałki ocznej. Różnice w szerokości źrenic za życia utrzymują się i po śmierci. Źrenice sztywne ulegają stężeniu tak, jak jest stężenie pośmiertne zwieracza źrenicy oraz częściowe wystąpienie zwężenia źrenicy, a więc układ nerwowy może posiadać wpływ przyśpieszający na wystąpienie stężenia pośmiertnego.

Bliedung: *Optyczny pupillometr.* Przyrząd ten, stosowany przez Willera przy pomiarach źrenic na zwłokach, składa się z dwóch pryzmatów, przesuwających, dla patrzącego oka, obrazy obu połówek źrenicy, które w ten sposób łatwiej i dokładniej dają się zmierzyć.

Reastrup: *O exhumacjach.* Badanie obejmuje materjał 52 zwłok exhumowanych w czasie od 5-ciu do 308 dni. Najczęstszą przyczyną śmierci były zmiany w płucach, które mimo zgnilizny dały się rozpoznać. Dobrze zachowuje się zapalenie płuc, gorzej gruźlica. Zapalenie otrzewnej również daje się rozpoznać, jak i zmiany miażdżycowe. Trudnem do rozpoznania jest zakażenie krwi, łatwiejszem rak. W jednym przypadku udało się w 25 dni po śmierci rozpoznać zakrzep w tętnicy płucnej, w 69 zaś dni otrucie tlenkiem węgla, w 54 zaś dni otrucie fluorem. Łatwiejsze do rozpoznania są cięższe obrażenia. Przy sekcjach zwłok zgniłych często pomaga badanie chemiczne, a zwłaszcza histologiczne n. p. zawartości macicy, podejrzanego guza. Wogóle w przeważnej ilości przypadków nawet na zwłokach bardzo zgniłych daje się rozpoznać przyczyna śmierci, a więc nie należy nigdy rezygnować ze sekcji z powodu zgnilizny.

Hildebrand: *Morderstwo czy samookaleczenie?* U mężczyzny, którego znaleziono nieżywego w domu, stwierdzono odcięcie narządów płciowych zewnętrznych., przy sekcji zaś pęknięcie komory lewej serca. Ponieważ narządy płciowe zostały pocięte na drobne kawałki i porzucone psu, w którego żołądku je wykryto, nasuwa się w danym przypadku, podejrzenie działania ręki obcej, tembardziej, że tylko jedna ręka denata była nieco powalana krwią; niektóre jednak szczegóły przemawiają za samookaleczeniem się.

Mosdzien: *Przyczynek do rozwiązania problemu samobójstwa.* Mając do dyspozycji akta policyjne, w których uwidocznione są motywy samobójstwa, autor na podstawie materjału z r. 1905, tj. 192 przypadków samobójców sekcjonowanych zastanawia się, czy istnieje związek między motywem samobójstwa, a obrazem sekcyjnym. W 35 przypadkach motywem był chroniczny alkoholizm, u osobników bezdomnych i bezrobotnych; u nich najczęstszym rodzajem samobójstwa było powieszenie, ze zmian zaś anatomo-patologicznych stwierdzano cechy alkoholizmu chronicznego. W 42 przypadkach motywem była długotrwała choroba, która w przeważnej ilości przypadków dała się stwierdzić sekcyjnie. Trzecia grupa obejmowała zaburzenia nerwowe psychopatyczne, które tylko w 9% miały podłoże anatomiczne. Dość częste były zmiany w narządzie płciowym u kobiet. U 16 samobójców wnosząc z motywu (konflikt z prawem, społeczeństwem, moralnością,) istniała mniejsza wartościowość psychiczna, zmiany zaś anatomo-patologiczne stwierdzano u nich w 31%. Z 32 przypadków, gdzie motywem była nędza i utrata zarobku prawie w połowie stwierdził autor zmiany patologiczne. W 17 przypadkach, w których motywem była nieszczęśliwa miłość, rodzajem samobójstwa był przeważnie postrzał; tylko w 10% tych przypadków stwierdzono zmiany chorobowe. 20 przypadków nie miało określonego motywu i co do nich sekcja nie mogła dać wskazówek w tym kierunku. U 8 samobójców umysłowo chorych znaleziono w 6 przypadkach jeszcze inne zmiany somatyczne. Wogóle w 37% motyw samobójstwa dał się potwierdzić sekcyjnie.

Bd VI. H. 2.

Meixner: *Znaczenie wstrząśnienia mózgu przy śmiertelnych zranieniach czaszki.* Na podstawie obrazu sekcyjnego 69-ciu przypadków śmiertelnych zranień czaszki autor dochodzi do wniosku, że tylko w małej ilości przypadków można odnieść przyczynę śmierci do wstrząśnienia mózgu. Przeważnie śmierć powodują uszkodzenia mózgu, które sekcyjnie dają się stwierdzić; one przez przerwanie opon miękkich są częstą przyczyną śmiertelnych krwotoków. Należy być ostrożnym przy rozpoznawaniu klinicznem wstrząśnienia mózgu, gdyż można przeoczyć wskazanie do operacji.

Nadeshin: *O określeniu wieku na żyjącym dorosłym z dokładnością 1—3 lat.* Mimo liczne cechy somatyczne wieku dojrzałego i starości, nawet najdoświadczeńsi dopuszczają się błędów przy oznaczaniu wieku u osób dorosłych żyjących w granicach do lat 10-ciu. Z cech tych są najważniejsze: zmarszczki pod oczami, przy zewnętrznych kątach oczu, przed uchem, zachowanie fałdu nosowo-wargowego, zużycie siekaczy; w wieku starczym ważne są zmarszczki na rękach, nasadzie nosa, na płatkach uszu, wardze górnej i brodzie. Od 20 do 30-go roku życia cechy starości są wyraźniejsze u kobiet, od 30-go do 50-go u mężczyzn, w późniejszym zaś wieku dla obu płci ją jednako wyraźne. Na podstawie ścisłych badań tych cech można określić wiek z odpowiednich tablic z dokładnością 1—3 lat, i wyniki otrzymywane przez autora są bardzo dobre.

Hellstern: *Tatuowanie u przestępców.* Na badanych 3000 przestępców autor mniej więcej u połowy z nich stwierdził tatuowanie skóry; dotyczyło ono osobników z niższych sfer, stosunkowo rzadkie było u wieśniaków. U ciężkich przestępców spotykał je autor równie często. Umiejscowione jest prawie wyłącznie w miejscach zasłoniętych ubraniem. Upośledzenia zdrowia w następstwie tatuowania autor nie zauważył, choć widział głębokie blizny po próbach usunięcia tych zmian. Motywy tatuowania są zwykle błahe, dany osobnik w późniejszem życiu uważa je za znamię nieprzyjemne, którego w przeważnej ilości przypadków chciałby się pozbyć.

Mueller: *O chorobie Buhla i Winckela.* Dziecko 3-dniowe, dobrze rozwinięte, zmarło wśród objawów duszności, ciągle nasilającej się od urodzenia. Obraz anatomo-patologiczny: lekka żółtaczka, wybroczyny pod osierdziem i opłucną, rozszerzenie komór serca, zwyrodnienie miąższowe serca, wątroby i nerek, rozrzucone ogniska nieodmowe w płucach, nieżyt żołądka i jelit. Wykluczywszy przez badanie chemiczne śmierć w następstwie otrucia, przyjął autor jako przyczynę śmierci chorobę Buhla, podobną do choroby Winckela. Etjologja jej nie jest jasna; możliwe, iż jest ona pochodzenia bakteryjnego lub jest objawem różnych przyczyn.

Madisson: *Przyczynek do przestępczości u małoletnich.* Autor badał dokładnie stan psychiczny 150-ciu małoletnich przestępców w zakładzie poprawczym w Hark (Estonja) i w 86,33% znalazł zaburzenia psychiczne; największy procent stanowili debile, następnie psychopaci, imbecile, infantile, schizofrenicy, epileptycy i inni. W przeważnej ilości przyp. to podłoże chorobowe było przyczyną przestępstw, w mniejszej zaś części środowisko, w którem dane osobniki się wychowywały.

Strassman i Fanil: *Badania na zwłokach zmienionych tłuszczowoskowo.* Badanie histologiczne wykonane metodami Meyerhofera i Wimmera na skrawkach niebarwionych i barwionych haematoksyliną i eozyną oraz mrożonych wykazało prócz zwykłych składników tłuszczowosku masy brunatne, bezpostaciowe, które badane mikrospektroskopowo okazały się śladami krwi. Prócz tego histologicznie można było wykazać resztki tkanki łącznej szklistej, obfitą ilość kwasów tłuszczowych i nieco mydeł. Badanie chemiczne wykazało, iż masa ta jest w 4/5 częściach rozpuszczalna w eterze, i tylko 1/5 jest złożona z mydeł, resztek tkanek i innych składników. Tłuszcz rozpuszczalny w eterze stanowi mięszaninę wysokodrobinowych wolnych kwasów tłuszczowych prócz małych ilości tłuszczu obojętnego i cholesteryny.

Riedel: *Zabieg operacyjny lekarza według nowego projektu u. k.* W dotychczasowej u. u. k. uważana była każda operacja, wykonana przez lekarza, za uszkodzenie ciała, które nie może mieć miejsca bez zgody pacjenta. W obecnym zaś projekcie jest planowane uznanie operacji przeciw woli pacjenta tylko za występek przeciw wolności osobistej; poprzedni zaś projekt nie uznawał zupełnie operacji za uszkodzenie ciała, co byłoby najracjonalniejszem, jeśli tylko zabieg operacyjny jest wykonany według najlepszej wiedzy lekarza i przy bezwzględnem wskazaniu. Również nie ściśle jest określona karygodność lekarza przy spędzaniu płodu. Obie te kwestje wymagają jeszcze poprawek.

Dr. Szulisławska.

Archiv für Gynäkologie.

T. 126. Z. 1.

R. Demme. *Umiejscowienie łożyska, kształt macicy i rola łożyska jakoteż pępowiny w mechanizmie porodowym.* W 238 przypadkach badał autor popłód w ten sposób, że sposobem Holzapfla rekonstruował niejako worek płodowy. Zamykał mianowicie miejsce pęknięcia pęcherza płodowego szczypczykami i wy-

pełniał następnie cały worek płodowy wodą. Im bardziej worek ten udało się wypełnić wodą, tak że ciśnienie wody w nim zbliżone było do ciśnienia wewnątrzmacicznego, tem wierniejszy był ten niejako odlew macicy. W każdym razie jednak zrekonstruowany worek płodowy zachowywał stale swój kształt i pozwalał wysnuć pewne wnioski, które autor ujmuje następująco:

Kształt macicy, polegający na wypukleniu jednej i spłaszczeniu przeciwległej strony, wytłumaczyć możne tylko wewnętrzną budową jej ścian.

Zrekonstruowany w sposób wyżej podany worek płodowy ma kształt zupełnie odpowiadający kształtowi macicy. Można na nim rozpoznać dokładnie spłaszczenie i wypuklenie jakotoż rogi i krawędzie macicy. Kształt ten zachowuje worek stale i nie zmienia go zależnie od ułożenia.

Łożysko umiejscowione jest w 44,5% przypadkach na przedniej ścianie, w 55,46% przypadkach na tylnej ścianie macicy, przyczem w 75,63% przypadkach zbliżone jest więcej ku ścianie wypukłej a tylko w 18,5% przypadkach ku ścianie płaskiej, wreszcie w 5,9% przypadkach jest równie daleko oddalone od brzegów macicy.

W 82,3% przypadkach zajmuje łożysko głównie górną i środkową część jamy macicy, w 11,7% przypadkach część jej środkową a tylko w 6% przypadkach jest wyraźnie nisko usadowione.

Wyjątkowo umiejscowione jest łożysko w rogu macicy (8%), albo w dnie (3,38%) lub wreszcie z boku (9,24%). Przy oddzielaniu się i wydalaniu tych łożysk nie zauważył autor żadnych powikłań.

W 70% przypadkach mógł autor stwierdzić słuszność spostrzeżeń Bayera i Leopolda co do umiejscowienia łożyska zależnie od przebiegu więzów okrągłych a mianowicie, jeżeli więzy te przebiegają zbieżnie ku górze na przedniej ścianie macicy, to łożysko usadawione jest na tylnej ścianie, jeżeli zaś więzy te przebiegają równolegle lub rozbieżnie, łożysko usadowione jest od przodu. Natomiast nie mógł wykazać żadnego związku pomiędzy miejscem odejścia więzów okrągłych a wysokością usadowienia łożyska w jamie macicy, jak to swego czasu podał Palm.

Również kształt macicy, oceniony na podstawie badania przez powłoki brzuszne jakoteż szmer macicy nie nadają się do określenia miejsca usadowienia łożyska. Umiejscowienie i przebieg pęknięcia pęcherza płodowego nie zależą od dolnego odcinka błon, gdyż pęknięcie to przebiegać może w regule częściowo, a niekiedy nawet zupełnie tak na przedniej jak i na tylnej ścianie worka płodowego.

Powyższe dane anatomiczne 238 przypadków potwierdzają w zupełności kliniczne spostrzeżenia autora, jakie przeprowadził w 856 przypadkach. Spostrzeżenia zaś te są następujące:

U każdej, rodzącej stwierdzić można zawsze mniej lub więcej wyraźnie spłaszczenie a po przeciwnej stronie wypuklenie powłok brzusznych. Tak spłaszczenie jak i wypuklenie powłok brzusznych odpowiada spłaszczeniu względnie wypukleniu macicy a zaznacza się ono szczególniej wyraźnie w czasie skurczu macicy w pierwszym okresie porodowym i tylko wówczas stwierdzone może być zużytkowane do oceny danego przypadku. Spłaszczenie po stronie lewej przydarza się niemal 3 razy tak często jak po stronie prawej (73.36%:26.64%).

W przeważnej liczbie przypadków (80,6%) tętno płodu i grzbiet jego znajdowały się po stronie spłaszczenia macicy. Określa to autor jako *zgodność* (**Kongruenz**) pomiędzy spłaszczeniem macicy i grzbietem płodu. Ponieważ przy pomocy słuchu i badania wzrokiem jakoteż obmacywaniem, powyższe dane możemy dokładnie określić, więc zdaniem autora zużytkować możemy ten objaw zgodności względnie niezgodności tonów płodu i spłaszczenia macicy w znaczeniu wyżej określonem celem dokładnego rozpoznania położenia płodu.

W przypadkach, w których grzbiet był po stronie spłaszczenia macicy, przebiegał poród zupełnie normalnie w tem znaczeniu, że grzbiet zwracał się na lewo lub na prawo odpowiednio do pierwotnego ułożenia po stronie lewej lub prawej potylicy we wchodzie miednicy. Miało to miejsce w 80,14% przypadkach. W 25 podobnych przypadkach (3,63%) przebieg porodu był atypowy o tyle, że główka po urodzeniu zwracała się twarzyczką w przeciwną stronę, aniżeli to miało miejsce we wchodzie miednicy. W 17 podobnych przypadkach udało mu się stwierdzić na podstawie badania anatomicznego, że przyczyną tej anomalji było nieprawidłowe umiejscowienie łożyska. W przypadkach okręcenia pępowiny około szyjki płodu, o ile grzbiet znajdował się po stronie spłaszczenia macicy, dokonywał grzbiet a taksamo i główka zupełnie prawidłowego zwrotu na zewnątrz. W przypadkach zgodnych położenie płodu pierwsze było 3 razy częstsze jak drugie a wspomniane powikłania co do zwrotu główki i okręcenia pępowiny przydarzały się procentowo równie często w każdem położeniu.

W 166 przypadkach (19,4%) stwierdził autor niezgodność pomiędzy grzbietem i tętnem płodu z jednej strony a spłaszczeniem macicy z drugiej strony, to znaczy, że grzbiet płodu znajdował się nie po stronie spłaszczenia, lecz po stronie wypuklenia macicy. Porównanie przypadków zgodnych i niezgodnych dowodzi, że za prawidłowe uważać należy przypadki zgodne (80,6%).

W przypadkach „niezgodności" tylko wyjątkowo (27,1%) przebiegał poród gładko odnośnie do pierwotnego ułożenia płodu, zwykle w przypadkach tych zdarzał się albo nieprawidłowy zwrot główki, albo pewne zaburzenia z powodu okręcenia pępowiny lub wreszcie oba powikłania równocześnie. Okręcenie pępowiny w tych przypadkach można rozpoznać w czasie porodu dość wcześnie a w każdym razie najpóźniej w 2-gim okresie porodowym na podstawie chwilowego lub stałego pogorszenia się tętna płodu. Położenie II przydarza się w przypadkach „niezgodności" 3 razy tak często jak I a więc odwrotnie jak w przypadkach „zgodności". Podczas porodu tak w pierwszym a jeszcze więcej w drugim okresie porodowym, kiedy mięsień macicy się kurczy i zmniejsza swą powierzchnię, łożysko, nie mogąc z powodu niezdolności kurczenia się zastosować się do tych warunków, grubieje i wypukla się do wnętrza macicy, przez co zmniejsza pojemność jamy macicy i odpycha od siebie tułów względnie pośladki płodu. Uwzględnione powyżej przytoczone spostrzeżenia a mianowicie:

1. że grzbiet płodu z reguły znajdnje się po stronie spłaszczenia macicy i 2. że łożysko normalnie umiejscowione jest na przedniej lub tylnej ścianie macicy lecz zawsze bliżej jej strony wypukłej, łatwo zrozumieć, że w przypadkach „zgodnych", przebiegających bez powikłań, wypychać i uciskać będzie łożysko tułów względnie pośladki płotu ku stronie spłaszczonej macicy. Ponieważ ucisk ten z pośladków przenosi się na tułów i wreszcie na barki płodu, więc w ostatecznym rezultacie sprawia, że we wychodzie płód dokonuje zwrotu w tym kierunku, iż ustawia się tak jak pierwotnie we wchodzie. Ten sam czynnik wpływa naturalnie i na odpowiedni zwrot główki.

Ten sam mechanizm porodowy, uzależniony od łożyska, mógł stwierdzić autor w 45 przypadkach, „niezgodności" przebiegających bez powikłań. W 17 z tych przypadków badanie anatomiczne wykazało, że łożysko umiejscowione było po stronie spłaszczenia a więc odpychało pośladki w stronę wypuklenia i tej okoliczności przypisać należy, że „niezgodność" utrzymała się aż do końca porodu.

W dalszym ciągu omawia autor wpływ łożyska jakoteż okręconej pępowiny na przebieg porodu. (Szczegóły nie nadają się do streszczenia).

Wreszcie stwierdza autor na podstawie spostrzeżeń klinicznych, skontrolowanych na zrekonstruowanym worku płodowym, że usadowienie łożyska w rogu, w dnie lub z boku macicy nie wpływa ujemnie na normalny przebieg III-go okresu porodowego.

(Liczne ryciny w tekście).

A. Mahnert. *Badania nad działaniem jodthyreoglobuliny na diurezę i przemianę materji u ciężarnych.* W doświadczeniach swych stosował autor dożylne wstrzykiwanie jodthyreoglobuliny w ilości od 0,025—0,05, rozpuszczonej w 2 ccm wody. Ilość ta odpowiada 0,5 względnie 1,0 gr. świeżej substancji gruczołowej a za wartość jodu w preparacie wynosi 0,4%.

Oprócz ilości wydzielonego moczu badał mocz na zawartość kwasu moczowego, mocznika i soli kuchennej, zaś we krwi oznaczał procentową zawartość białka i cholesteryny. Ponadto zawsze zwracano uwagę na zachowanie się tarczycy i kontrolowano wagę ciała.

Wyniki badań przedstawiają się następująco:

U ciężarnych, które nie okazywały żadnych obrzęków, z reguły nie zwiększała się diureza, jedynie zwiększało się nieco wydzielanie kwasu moczowego, mocznika i soli kuchennej. W 2 godziny po wstrzyknięciu zmniejszała się zawartość białka we krwi, które w ciągu następnych 4 godzin ulegało zwiększeniu. Odwrotnie, zwiększona nieco pierwotnie zawartość cholesteryny, zmniejszała się po upływie 6 godzin.

Ciężarne, okazujące większe lub mniejsze obrzęki, reagowały różnie na śródżylne wstrzyknięcie jodthyreoglobuliny. Pewna część (50%) okazywała wzmożoną diurezę (2 razy większa ilość moczu), inne bardzo nieznaczną. Wszystkie jednak ciężarne tej grupy, nawet te u których diureza tylko nieznacznie się zwiększała, reagowały po wstrzyknięciu większem wydzielaniem kwasu moczowego, mocznika i soli kuchennej. Przy silnej diurezie substancje te wydzielały się w ilości 2 a nawet 3 -krotnie większej.

W niektórych przypadkach badanie moczu przed wstrzyknięciem jodthyreoglobuliny wykazywało uderzająco małe ilości kwasu moczowego i soli kuchennej. Przemawiałoby to za zatrzymaniem tych substancji w organiźmie ciężarnych. Zawartość białka we krwi u tych osób po wstrzyknięciu zmniejszała się, lecz już

w 3—4 godziny później wracała do pierwotnych wartości. Kontrola wagi wykazywała spadek na wadze, przeciętnie 0,7 kg. na dobę.

Pomiędzy zachowaniem się tarczycy a moczopędnem działaniem jodthyreoglobuliny nie mógł autor wykazać żadnego związku.

W przypadkach ciąży patologicznej (wady serca, zapalenie nerek, drgawki itp.) działanie jodthyreoglobuliny nie było stałe. O ile idzie o przemianę materji, to działanie to przeważnie było dodatnie, i ujawniało się oprócz zwiększonej diurezy znacznem zwiększeniem kwasu moczowego, mocznika i soli kuchennej. Na szczycie diurezy stwierdzał autor zwiększoną zawartość cholesteryny we krwi. To działanie jodthyreoglobuliny uważa autor ze stanowiska klinicznego za bardzo ważne z uwagi na okoliczność, że właśnie w przypadkach ciąży patologicznej bardzo często występuje zmniejszenie wydzielania soli kucheinej i kwasu moczowego i że trudno jest w tych przypadkach zwykłemi sposobami leczniczemi doprowadzić do większego wydzielania tych substancji. Co do stanu tarczycy w czasie ciąży twierdzi autor, że gruczoł ten znajduje się w stanie niedomogi *(hypofunctio)*.

Przyczyny, dlaczego niezawsze przy stosowaniu preparatów tarczycy w ciąży uzyskać się dają dobre wyniki, dopatruje się autor w tem, że rzadko kiedy jesteśmy w stanie rozpocząć leczenie w odpowiedniej chwili. Ponadto zwraca uwagę, że nie tylko w tarczycy lecz we wszystkich gruczołach o wewnetrznem wydzielaniu występują wskutek ciąży zmiany histologiczne i czynnościowe, które to zmiany powodować mogą zaburzenia w przemianie materji. Wreszcie należy pamiętać i o tem, że kwasota krwi, występująca już we wczesnych miesiącach ciąży, może wywierać wpływ na działanie hormonów tarczycy i ta okoliczność może nam tłumaczyć, dlaczego w niektórych przypadkach preparaty tarczycy zawodzą lub też działanie ich jest bardzo słabe. Przy osłabionem działaniu hormonów powstaje mianowicie w czasie ciąży błędne koło przez to, że zwolnienie procesów utleniania wskutek zmniejszonego działania hormonów prowadzi do tworzenia się kwaśnych produktów przemiany materji, które nagromadzają się w tkankach i tam już uniemożliwiają działanie wprowadzonych do ustroju preparatów tarczycy. Jeżeli natomiast uda się na czas pobudzić procesy utleniania i przemiany materji przez wczesne zastosowanie preparatów tarczycy, wówczas hormony tarczycy ze zmianą stosunków kwasoty mogą w całej pełni działanie swe rozwinąć. W końcu autor zwraca uwagę na podobieństwo objawów odnośnie do przemiany materji i diurezy po zastosowaniu preparatów tarczycy a ubytkiem na wadze przy końcu ciąży. Ubytkowi na wadze przy końcu ciąży towarzyszy często wzmożona przemiana materji. Ten sam objaw tj. wzmożona przemiana białka i spadek na wadze występuje po śródżylnem wstrzyknięciu jodthyreoglobuliny. Stąd bliska myśl, że oba zjawiska są następstwem tejsamej przyczyny, której dopatrywaćby się można w działaniu organów płodu o wewnętrznem wydzielaniu a przedewszystkiem tarczycy.

B o h n e n i B o r r m a n n. *Badania nad zwiększeniem ilości krwi w ciąży*. Na wstępie podają autorowie w historycznem zestawieniu metody, jakie różni autorowie podawali w celu oznaczania ilości krwi w organiźmie. Za najdokładniejszą uważają metodę G r i e s b a c h a, polegającą na kolorometrycznem oznaczeniu rozcieńczenia barwika wstrzykniętego dożylnie. Tą też metodą posługiwali się w swych badaniach atoli z pewną modyfikacją, polegającą głównie na uwzględnieniu normalnego, rzeczywistego, tonu barwy surowicy przy odczytywaniu w kolorymetrze.

Badali 30 osób ciężarnych i to 10 w pierwszej a 20 w drugiej połowie ciąży a dla kontroli 10 osób nieciężarnych.

Z badań autorów wynika, że u ciężarnych w pierwszych 5 miesiącach ciąży ilość krwi wynosi przeciętnie 7.63% wagi ciała. Odsetek ten u ciężarnych od 5—10 m. ciąży wynosi 7% a u osób nieciężarnych 6.4%. Różnica stosunkowo duża pomiędzy odsetkiem wagi w pierwszej i drugiej połowie ciąży jest właściwie względna i zależy od znacznego przybytku na wadze w drugiej połowie ciąży. Odsetki te nie wiele od siebie odbiegają, jeżeli od wagi ciała odejmie się wagę całego jaja płodowego. Co do osób badanych, to były wszystkie osoby zupełnie zdrowe bez jakichkolwiek zaburzeń w odżywianiu i jakichkolwiek zmian chorobowych a nawet bez śladów obrzęków, właściwych ciąży.

Na podstawie tych wyników, uważają autorowie zwiększenie ilości krwi w czasie ciąży za rzecz zupełnie pewną. Zwiększenie to ma miejsce zaraz w początkowych okresach ciąży i ono powoduje charakterystyczne zmiany serca u osób ciężarnych.

U. F r a n k e. *Poród niebolesny w hypnozie*. Po dokładnem przygotowaniu następuje właściwe posiedzenie hypnotyczne, które obejmuje kolejno uśpienie, osłupienie, brak czucia, omamy, przebudzenie i ustalenie zdolności przypomnienia. Często trzeba odbyć kilka posiedzeń, przyczem jest rzeczą obojętną, jak często się je powtarza.

W czasie porodu należy czekać, aż bóle wystąpią regularnie co 5 minut i dopiero rozpocząć uśpienie. Jeżeli zapóźno rozpocznie się hypnozę lub rodzącą po uśpieniu się budzi, stosował autor narkohypnozę tj. dodawał narkozę chloroformową.

Ilość chloroformu potrzebna dla uzyskania bezbolesności wynosiła 1—3 gr. Często zmiana hypnotyzera okazała się korzystna. Wpływ otoczenia i odpowiedni jego nastrój są niezbędne. Warunki zewnętrzne muszą być bardzo korzystne i od nich w dużej mierzy zależy wynik.

S t r a s s m a n n. *Zmiany w krążeniu krwi powstałe wskutek przekwitania i trzebienia zwłaszcza przy mięśniakach*. Badania swe przeprowadził autor u 140 chorych. Na mięśniaki macicy cierpiało 65 z nich a leczenie polegało albo na całkowitem wycięciu macicy (32), albo na wyłuszczeniu mięśniaka (11), lub wreszcie na naświetlaniu (22). Druga grupa obejmuje 75 przypadków, w których rozchodziło się o różne schorzenia narządu rodnego, jak np. zmianę położenia macicy, krwawienia w okresie pokwitania, dobrotliwe i złośliwe nowotwory. U tych chorych wykonano całkowite wycięcie macicy 15 razy, operowano zachowawczo (z pozostawieniem macicy i przynajmniej jednego jajnika) 25 razy i wreszcie naświetlano 35 chorych. U wszystkich chorych zwracano uwagę na to, czy przed zastosowaniem leczenia miesiączkowały jeszcze regularnie, czy nieregularnie czy też wogóle nie miesiączkowały. Szczegółowe badanie przeprowadzano według szematu, uwzględniającego dokładne wywiady, stan narządu rodnego i dokładny stan narządu krążenia jak ciśnienie krwi, wymiary serca, stan i jakość naczyń. Czas obserwacji trwał kilka tygodni, często kilka miesięcy a u niektórych chorych nawet rok.

Wyniki badań przedstawiają się następująco:

A. Z m i a n y w k r ą ż e n i u k r w i w s k u t e k n a t u r a l n e g o p r z e k w i t a n i a:

Ciśnienie krwi podnosi się przeciętnie o 20 mm. Hg., w wielu przypadkach jest ono znacznie większe, w innych nie tak wyraźne. To podniesienie ciśnienia krwi u 15—20% chorych powoduje powiększenie serca, które należy uważać za pierwotny przerost z ewentualnem następowem rozszerzeniem. Dla tych charakterystycznych zmian narządu krążenia w tym okresie życia płciowego proponuje autor nazwy: „c i ś n i e n i e k r w i i s e r c e w o k r e s i e p r z e k w i t a n i a".

B. Z m i a n y w k r ą ż e n i u k r w i w s k u t e k m i ę ś n i a k ó w:

Wpływ mięśniaków na serce i naczynia oceniano dotychczas bezkrytycznie, ponieważ nie uwzględniano przy tej ocenie osobno wpływu krwotoków a osobno wpływu okresu przekwitania.

Ciśnienie krwi u chorych z mięśniakami, nie bardzo krwawiących, jest przeciętnie wyższe o 20 mm. Hg., aniżeli u innych kobiet, w wielu zaś przypadkach o wiele wyższe. Wynosi ono u chorych na mięśniaki, które miesiączkują, przeciętnie 140 mm. Hg. (u innych 120 mm. Hg.), u takich samych chorych w okresie przekwitania 160 mm. Hg. (u innych 140 mm. Hg.). Znaczy to, że u chorych z mięśniakami macicy ciśnienie krwi jeszcze przed okresem przekwitania jest tak wysokie, jak u innych kobiet dopiero po wystąpieniu okresu przekwitania.

Częste i silne krwotoki przy mięśniakach powodują spadek ciśnienia krwi. Ten wpływ krwotoków tylko pozornie jest korzystny, albowiem krwotoki wywołują różne uszkodzenia organizmu, nie licząc już różnych zaburzeń, jakie wskutek mięśniaków występują w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu.

40% wszystkich chorych na mięśniaki ma chorobowo powiększone serce, jako skutek podniesionego ciśnienia krwi.

Z tych chorych na mięśniaki, które miesiączkują, 36% ma serce powiększone w przeciwstawieniu do 18% u innych kobiet.

50% chorych z mięśniakami macicy, będących w okresie przekwitania, ma powiększone serce w przeciwstawieniu do 38% kobiet będących w tym okresie a nie cierpiących na mięśniaki, czyli, że procentowo taką samą ilość chorych z mięśniakami macicy jeszcze przed wystąpieniem okresu przekwitania ma powiększone serce, jak kobiety bez mięśniaków dopiero w okresie przekwitania. Przyczyną powiększenia serca nie są krwotoki. Albowiem 36% chorych, silnie krwawiących, a 46% nieznacznie krwawiących z mięśniakami macicy, wykazuje powiększenie serca. Ponieważ zaś u tych ostatnich chorych ciśnienie krwi jest zwiększone, więc je należy uważać za właściwą przyczynę powiększenia serca.

Wielkość mięśniaków niema żadnego wpływu na zmiany w narządzie krążenia. Częściej bywa, że krwawienia przy mniejszych mięśniakach są częstsze.

Usunięcie mięśniaka przez wyłuszczenie go nie wywołuje żadnej zmiany w ciśnieniu krwi, dowód, że sam mięśniak nie działa bezpośrednio hipertonicznie.

Okoliczność, że po ustaniu czynności jajników wskutek naświetlania promieniami Roentgena mięśniak może zniknąć i że zmiany w krążeniu przy mięśniakach są zupełnie podobne do zmian w okresie przekwitania, wskazuje na to, że przyczyną mięśniaków są zaburzenia pochodzenia jajnikowego. W przeciwstawieniu do bezczynności *(afunctio)* można tu mówić o zaburzeniu czynności jajników *(disfunctio)*, które to zaburzenie działa z jednej strony hipertonicznie na narząd krążenia, a z drugiej strony pobudza macicę do tworzenia patologicznych guzów mięsnych.

W tem zrozumieniu można zatrzymać pojęcia „serce przy mięśniakach macicy" *(Myomherz)* i uzupełnić je pojęciem „ciśnienia krwi przy mięśniakach" *(Myomblutdruck)*.

C. Zmiany w krążeniu krwi wskutek sztucznie wywołanego okresu przekwitania.

I. Doraźny skutek trzebienia.

Po wszystkich zabiegach operacyjnych występuje spadek ciśnienia krwi. Spadek ten najwyraźniejszy jest od 8—10 dnia po operacji. Strata ciśnienia krwi przy operacjach zachowawczych równa jest prawie zeru, dochodzi do 11 mm. Hg. po wyłuszczeniu mięśniaków i wreszcie do 19—21 mm. Hg. po całkowitem wycięciu macicy wraz z przydatkami.

Po wszystkich naświetlaniach występuje również spadek ciśnienia krwi, a jest on największy w czasie skurczu po drugiem posiedzeniu zaś w czasie rozkurczu po ostatniem posiedzeniu. Utrata ciśnienia krwi w czasie skurczu wynosi przy krótkotrwałych naświetlaniach 3 mm. Hg. przy dawce tzw. „jajnikowej" 19 mm. Hg.

II. Stałe skutki w narządzie krążenia po trzebieniu operacyjnem.

U kobiet miesiączkujących powoduje wytrzebienie drogą operacyjną przeciętnie podwyższenie parcia krwi w czasie skurczu o 32 mm. Hg. w czasie rozkurczu o 15 mm. Hg.

U osób będących w okresie przekwitania tensam zabieg nie powoduje żadnej zmiany w ciśnieniu krwi.

Przeciętne zwiększenie ciśnienia krwi po wytrzebieniu operacyjnem u kobiet miesiączkujących jest o 15 mm. Hg. większe aniżeli u kobiet będących w naturalnym okresie przekwitania.

Po operacjach zachowawczych (macica i przynajmniej jeden jajnik pozostają w organiźmie) nie występuje żadna zmiana w ciśnieniu krwi.

III. Stałe skutki braku regularności po naświetlaniach roentgenowskich.

Brak regularności po naświetlaniach dawką jajnikową nie powoduje żadnych zmian w ciśnieniu krwi i to tak u kobiet miesiączkujących jak i będących w okresie przekwitania. Jest to dowodem, że wydzielanie wewnętrzne jajnika nie uległo zaburzeniu.

Naświetlania krótkotrwałe nie wywołują również żadnych zmian w ciśnieniu krwi.

Szereg głębokich naświetlań przy nowotworach złośliwych jedynie powoduje oprócz braku regularności silne wzmożenie ciśnienia krwi, dowód, że tutaj i wewnętrzne wydzielanie jajników jest nieczynne. Tylko do tych przypadków odnieść należy nazwę „wytrzebienie roentgenowskie".

Wnioski lecznicze.

U kobiet w okresie przekwitania ani usunięcie jajników drogą operacyjną ani brak regularności po naświetlaniach nie wywołuje zwiększenia parcia krwi wzgl. obciążenia serca.

U kobiet miesiączkujących usunięcie jajników powoduje stałe i znaczne zwiększenie parcia krwi a temsamem obciążenie serca. Natomiast sztucznie wywołany brak regularności po naświetlaniu nie podnosi parcia krwi i nie narusza serca.

U chorych na mięśniaki macicy, których serce i narząd krążenia wymagają szczególniejszej uwagi, jak długo oprócz krwawień niema żadnych dolegliwości lub powikłań, naświetlanie promieniami Roentgena jest jedynym środkiem leczniczym.

Schumacher i Kliewe. ***Leczenie wstępującej rzeżączki u kobiet przy pomocy szczepionki własnej i wielowartościowej mieszanej.*** Z doświadczeń swych wysnuwają autorowie następujące praktyczne wnioski:

W ostrym okresie wstępującej rzeżączki u kobiet tj. przed okresem podostrym, nie należy stosować szczepionki, lecz tylko spokojne leżenie w łóżku i okłady wysychające.

Chcąc w okresie podostrym tego cierpienia stosować szczepionkę gonokokową czy też własną czy też wielowartościową, należy wstrzykiwać śródmięśniowo często lecz małe dawki, które zwolna należy zwiększać. W czasie leczenia ścisła kontrola ogólnego stanu klinicznego jest niezbędna. Przy dożylnem stosowaniu szczepionki w dawkach znacznie mniejszych sprawa chorobowa często zaostrza się i pogarsza.

Początkowa dawka, jaką autorowie stosowali przy zmianach zapalnych przydatków w okresie podostrym, wynosiła 10 miljonów zarazków, przy sprawach starszych 20—25 miljonów i wreszcie w przypadkach długo istniejących, kiedy przydatki były już niebolesne, 50 miljonów zarazków szczepionki gonokokowej własnej lub wielowartościowej.

Dwoinki wiewiórowe znikały w wydzielinie cewki jakoteż szyjki macicy przy stosowaniu szczepionki wielowartościowej przeciętnie po 6 śródmięśniowych wstrzyknięciach 20—150 miljonów zarazków, podczas gdy przy użyciu szczepionki własnej miało to miejsce po 5 śrómięśniowych wstrzyknięciach 20—180 miljonów zarazków.

Przy stosowaniu jedynie powyższych wstrzykiwań można w 60% przypadków rzeżączki wstępującej u kobiet uzyskać zniknięcie dwoinek wiewiórowych przeciętnie w ciągu 50 dni. W 17% przypadków już wyleczonych stwierdzili autorowie nawrót.

W przypadkach, w których stosowali leczenie miejscowe, mieli doraźne wyniki lepsze, bo 80% wyleczenia. Ostateczny wynik atoli był gorszy, bo w 31% przypadkach stwierdzić mogli nawrót. W przypadkach tych znikały dwoinki wiewiórowe przeciętnie po 59 dniach.

Przy równoczesnem stosowaniu leczenia miejscowego i szczepionki gonokokowej uzyskali wyleczenie przy użyciu szczepionki wielowartościowej mieszanej w 80% przypadków, przy użyciu zaś szczepionki własnej w 90% przypadków. Raz jeden tylko stwierdzili nawrót w przypadku, w którym zastosowali szczepionkę w niedostatecznej ilości. W przypadkach tych znikały na stałe dwoinki wiewiórowe tak w wydzielinie cewki jak i szyjki macicy przeciętnie po 31 dniach. Wobec tak dobrych wyników uważają autorowie leczenie miejscowe przy równoczesnem stosowaniu szczepionki własnej w przypadkach rzeżączki wstępującej za jedynie racjonalne.

Jeżeli nie można sporządzić szczepionki własnej, należy stosować szczepionkę gonokokową wielowartościową, mieszaną. Wyniki, jakie autorowie uzyskali przy tem sposobie leczenia, są daleko lepsze od tych, jakie mieli po stosowaniu caseosanu.

Mettenleiter. *Nasienie męskie i sztuczne zapłodnienie u człowieka i zwierząt.* Badając zdolnośc do życia plemników poza organizmem wśród rozmaitych warunków, przekonał się autor, że fizjologiczny czas trwania ruchów tego samego gatunku plemników podlega licznym wahaniom. I tak stwierdził, że słuszne jest zapatrywanie Iwanoffa o korzystnym wpływie zimna. W cieplarce lub w ciepłocie pokojowej ruchy plemników ustają wcześniej. Niektóre środki działają korzystnie na ruchy plemników i przedłużają ich życie ponad przeciętną jego długość poza organizmem. Inne znów środki zdolne są pobudzić do ruchu plemniki nieruchome. Te ostatnie środki mogą nawet zwiększyć istniejącą ruchliwość plemników, atoli działanie ich w tym kierunku jest daleko słabsze aniżeli właściwych płynów konserwacyjnych.

Najlepszy i najodpowiedniejszy dla utrzymania życia plemników jest rozczyn, zawierający oba rodzaje wspomnianych środków.

1. Płyny podtrzymujące żywotność plemników: płyn Ringera (zmieniony), surowica krwi, zwłaszcza tego samego gatunku, białko kurze i żółtko kurze.

2. Środki pobudzające: Przedewszystkiem cukier gronowy (5%), gorszy 0,7% rozczyn soli kuchennej, słaby zaś płyn Ringera (zmieniony).

ad 1. Przy rozcieńczeniu nasienia ze sztucznym płynem bardzo ważną rolę odgrywa stosunek mieszaniny. Jako najkorzystniejszy okazał się stosunek 1:10.

Stężenie jonów wodorowych odgrywa ważną rolę w utrzymaniu życia plemników.

Oddziaływanie zasadowe lub dodanie minimalnych dawek zasad nie mają tego znaczenia, jakie im dawniej przypisywano. Działanie ich bowiem jest żadne albo nawet częściowo szkodliwe.

Rozczyny o stężeniu jonów wodorowych 7,00 lub zbliżonem do 7 są najlepsze.

Przy sporządzaniu mieszaniny kilku środków konserwacyjnych i pobudzających ważną rolę odgrywa stosunek ilościowy poszczególnych środków rozczynu.

W pewnych warunkach (większe stężenie jonów wodorowych, za wielka ilość surowicy) występuje aglutynacja plemni-

ków. Powoduje ona charakterystyczne obrazy i znika po ich obumarciu.

Dodatek pierwszo- lub drugo-rzędnego fosforanu sodowego w stosunku 64:1 wzmacnia działanie mieszaniny w kierunku przedłużenia życia plemników.

ad 2. Stężenie jonów wodorowych w płynach pobudzających plemniki do ruchu jest stosunkowo wysokie. Stężenie to odnośnie do wydzieliny gruczołu krokowego wynosi 7,8. Z porównania okazuje się, że dla wywołania ruchów plemników przy pomocy sztucznych płynów nie tesame warunki grają rolę co w organiźmie. Zgodne to jest z doświadczeniami na innych organach np. na sercu, gdzie najkorzystniejsze stężenie jonów wodorowych w organiźmie i poza nim jest różne. Wydzielina gruczołu krokowego człowieka pobudza do żywszych ruchów nieruchome plemniki najądrza buhaja. Działanie wydzieliny stercza nie jest zatem swoiste tak co do gatunku jak i istoty swej. Okoliczność, z jakiej części najądrza pochodzą plemniki, decyduje o tem, czy uda się je pobudzić do życia czy też nie. Plemniki z części ogonowej najądrza reagują żywymi ruchami na środek drażniący, z części głowowej zaś pozostają nieruchome. Plemniki jąder nie reagują również. Przyczyną tego różnego zachowania się plemników jest ich stopień dojrzałości w poszczególnych miejscach. Wyniki powyższych badań mogą zdaniem autora mieć wielkie znaczenie przy próbach sztucznego zapłodnienia tak u ludzi jak i u zwierząt. U człowieka np. w przypadku obustronnego schorzenia najądrza proponuje autor celem uzyskania nasienia dla sztucznego zapłodnienia nakłucie najądrza w części ogonowej w miejscu wolnem od blizny. Uzyskany płyn po zbadaniu na zawartość plemników należy zmieszać z kilku kroplami 5% rozczynu cukru gronowego. Jeżeli ponowne badanie drobnowidowe stwierdzi ruchy plemników, należy płyn wstrzyknąć do wnętrza macicy. U zwierząt sprawa ta między innemi miałaby wielkie znaczenie pod względem gospodarczym.

K. B. (Lwów).

———————

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego, Rok II, zeszyt 1 za styczeń i luty 1926: Prof. K. Opoczyński: Mowa wygłoszona przy otwarciu uroczystego posiedzenia Wileńskiego Tow. lek. — L. Czarkowski: Jubileusz Wileńskiego T-wa lek. Krótki rys dziejów. — Prof. S. Trzebiński: Myśl lekarska w Archiwum Wileńskiego Tow. lekarskiego. — J. Tymiński i J. Abramowicz: Rhabdomyoma orbitae. — W. Zaleski: Rak a uraz. — A. Wirszubski: Opieka nad umysłowo chorymi na Wileńszczyźnie podczas okupacji niemieckiej (1915-1919). K. Kosiński: Szczypczyki własnego pomysłu dla niepalcowego wiązania szwów. — M. Mienicki: O zastosowaniu jontophorezy w dermatologji.

Lekarz wojskowy, Rok VII, nr. 1 za styczeń 1926: J. Nelken: Udawanie zaburzeń psychicznych, a służba wojskowa. — E. Rosenbach: Przyczynek do kazuistyki okulistyczno-chirurgicznej. — H. Szczodrowski: Ocena przemywań cewki moczowej sposobem Janeta w ostrej rzeżączce.

Lekarz wojskowy, Rok VII, nr. 2, za luty 1926: Karaffa-Korbutt K. Eugenika, służba wojskowa a wojna. — Roupert St.: Panika jako zjawisko wojenne. — Klott C. Badanie nad zjadliwością różnych szczepów pneumokokowych i ich zmiennością. — Składowski S. Organizacja wojskowej służby zdrowia w chwili powstania listopadowego i wysiłki do jej naprawy w ciągu roku 1831.

Lekarz wojskowy, Rok VII, nr. 3, za marzec 1926: Roupert St. Panika jako zjawisko wojenne. — Zalewski Fr.: O przetaczaniu krwi ze stanowiska biologicznego i klinicznego. — Kończacki A.: Wskazówki dla obliczania strat oddziałów walczących.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, Nr. 25, z 20 czerwca 1926: Prezydent Prof. Dr. Ignacy Mościcki jako chemik i uczony. — Dziekan Prof. Bolesław Koskowski. — A. Jurkowski: Krytyczne porównanie kilku metod oznaczania rtęci i masy rtęciowej. — Sprawy zawodowe.

Polski Czerwony Krzyż, Rok II, Nr. 4—5: W. Kraszewski: W drogę do polskich uzdrowisk. — M. Łada: Uzdrowiska Spółki Brackiej. Wyszkolenie inwalidów wojennych. — H. Solnicka: Rys historyczny rozwoju opieki nad ociemniałymi. — Fr. Białokur: Praca samarytańska i społeczna kobiet polskich w powstaniu styczniowem. — G. Schulc: Moralność sanitarna. — I. Slaski: Pomoc w nagłych wypadkach. — Fr. Białokór: Punkt sanitarny P. C. K. w dniach walk ulicznych 12—14 maja b. r.

———————

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 16 lutego 1926 r.

Przewodniczący wiceprezes K. Zieliński.

I. Kol. Held przedstawia przypadek *Marskości zanikowej nerek wraz z ostrem krwotocznem zapaleniem pajęczynówki.*

II. Kol. Węgierko wygłasza odczyt: *Podstawowa przemiana materji w przebiegu cukrzycy.* (ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Szulc mówi: Obliczanie przemiany podstawowej w centymetrach pochłoniętego tlenu na minutę nie daje nam odpowiedzi, czy w badanych przypadkach było zwiększenie, czy zmniejszenie przemiany gazowej, co jest rzeczą najciekawszą. Należałoby przeliczać te dane na kalorje i porównywać je z liczbami, uzyskanemi przez Benedicta i Harrisa, uwzględniając budowę, płeć i wiek badanych osób. Wprawdzie aparat Krogha nie daje możności określenia współczynnika oddechowego i dokładnego oznaczenia wartości kalorycznej jednego litra pochłoniętego tlenu, to jednakże bez obawy większego błędu można przyjąć jako współczynnik oddechowy w cukrzycy liczbę 0,7 z takiem samem prawdopodobieństwem, jak przyjmujemy współczynnik 0.9 dla wszystkich innych, badanych aparatem Krogha (Streszcz. własne).

Kol. Fejgin: Według dokładnych badań szeregu autorów podstawową przemianę materji należy obliczać nie w stosunku do jednostki wagi, lecz w stosunku do jednostki powierzchni. W wykresach, otrzymanych przez mówcę, zwraca uwagę okoliczność, że wahania w ilości zużywanego tlenu są bardzo znaczne w stosunkowo krótkiem czasie. Wiadomo, że poziom podst. przemiany jest cechą stałą i ulegającą wahaniom pod wpływem różnych czynników stopniowo i dość powoli. W tablicach mówcy widzimy znaczne zmiany ilości tlenu, zachodzące niemal z dnia na dzień. Zmiany te zresztą są w zadziwiającej zgodzie z krzywą azotu, wydalanego z moczem, t. j. ze stopniem i natężeniem rozpadu białka w ustroju. Nasuwa się więc mimowoli przypuszczenie, czy nie mamy tutaj do czynienia ze specyficznym dynamicznym wpływem białka, na które chorzy na cukrzycę są właśnie bardzo wrażliwi i czy mierzona w tych warunkach przemiana tlenu odpowiada rzeczywiście temu, co nazywamy przemianą materji podstawową, t. j. wolną od wszelkich wpływów ruchu, wzruszeń, i trawienia. (Streszcz. własne).

Kol. Węgierko odpowiada kol. Fejginowi, że wahania w ilości zużytego tlenu nie były nagłe, ilość zaś podawanego chorym białka była stale jednakowa.

III. Kol. Landau wygłosił referat: *W sprawie leczenia choroby Basedowa jodem.* (pokaz chorego) — rzecz ukaże się w druku.

W dyskusji Kol. Tokarski podaje, że twórcą metody jest Neisser ze Szczecina, który był zdania, że jod należy stosować tylko przy błyszczących oczach, lecz nie przy wytrzeszczu. Kol. Tokarski podkreśla wielkie niebezpieczeństwo stosowania jodu w niektórych przypadkach wola. Jako przykład podaje przypadek dotyczący starszej kobiety, u której wystąpiły poważne zaburzenia z rodzaju nadczynności tarczycy.

Prof. Gluziński jest zdania, że podawanie jodku potasu w stanach Basedowa jest niedopuszczalne. Rozczyn Lugola mniej silnie oddziaływuje na tarczycę. Chorobę Basedowa znamy naogół nie dosyć dokładnie na to, aby ustalić ścisłe wskazania do stosowania jodku.

Kol. Landau odpowiada Kol. Tokarskiemu, że Niemcy często przywłaszczają sobie autorstwo niektórych poczynań naukowych w ten sposób, że nie podają pierwotnego źródła. Nad obserwacjami badaczów amerykańskich, poczynionych na tysiącach chorych, nie można przechodzić do porządku dziennego. Starszym osobnikom wogóle jodu nie należy podawać w stanach nadczynności tarczycy. Po 30-y roku życia należy już być ostrożnym z podawaniem jodu.

K. Gerner zastępca Sekretarza dorocznego.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego wspólnego z Tow. higienicznem odbytego w dniu 3. III. 1926 r.

Przewodniczący Dr. Janiszewski. Obecnych 140.

Kol. Prof. Majewski przypomina o mającem się odbyć nazajutrz odczycie Dra Péridier: „Treitement hydrominéral de

Vichy" i prosi wszystkich członków Tow. Lekarskiego oraz Franko-polskiego o jaknajliczniejsze przybycie na odczyt wraz z rodzinami.

Kol. prof. Gieszczykiewicz wygłasza odczyt p. t.: *O metodzie Calmette'a uodparniania przeciw gruźlicy.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. doc. Janiszewski. W Warszawie zorganizowano cały szereg wykładów w sprawie szczepień metodą Calmette'a. Na jednem z takich posiedzeń był obecny doc. Janiszewski. Postanowiono zorganizować szczepienie jedynie w miastach uniwersyteckich. Doszło się tam do przekonania, że metoda Calmette'a do szczepień masowych sie nie nadaje, pozatem że szczepienia należy przeprowadzać jedynie w klinikach i to u dzieci będących narażonemi na późniejsze zakażenie, wskutek warunków w jakich później będą żyły.

Kol. Bujwid: Zbyt dużo mamy przykładów jadowitości ażebyśmy mogli odrazu i bez zastrzeżeń przyjąć, że gruźlica 13 C. G. przez Calmetta otrzymana jest odmianą stałą i nie zmienną, tem więcej, iż chodzi tu o wywołanie pewnej zmiany miejscowej, która niewiadomo, czy nie zamieni się w pewnych warunkach lub po długim czasie na ogólną. Gruźlica może przecież pozostawać przez lata w gruczołach kreskowych lub śródpiersiowych i potem nagle wybuchnąć. Z doświadczeń nad szczepionką wąglika i różycy znamy takie nawroty jadowitości, które zamiast ochronić zabijają. Dlatego w użyciu weterynarskiem od 1916 roku proponuję stosowanie gdzie tylko można zabitego zarazka jako szczepionki, co daje dobre wyniki praktyczne. Przy gruźlicy nie mamy możności szczepić zarazkiem zabitym — taka metoda dotąd nie istnieje — ale stosowanie żywego zarazka choćby osłonionego powagą Calmette'a musi się odbywać powoli i ostrożnie pod ścisłą kontrolą i dokładną obserwacją.

Kol. Eisenberg dodaje parę uwag ogólnej natury w odniesieniu do dopuszczalności i skuteczności masowych szczepień Calmettowskich. Zarazek dany, który stracił w szeregu pokoleń jadowitość może ją z powrotem odzyskać — mutacja może się stać wsteczną.

Przy stosowaniu szczepień powinno się zwracać baczną uwagę na patologję samej choroby i znane dzięki jej rzeczy wciągnąć do współpracy. Wiemy n. p., że zachowanie dziecka w najmłodszych latach a dorosłego w stosunku do zakażenia gruźliczego jest zupełnie inne. Człowiek dorosły przedstawia dość dużą odporność na zakażenie gruźlicze.

Wrażliwość różnych ras jest różną w zależności od tego, czy choroba ta dawno znaną już była w danym kraju, czy nie.

Z doświadczeń na zwierzętach możemy wyciągnąć również ciekawe wnioski. N. p. u świnki zaszczepionej ponownie zmiany rozwijają się zupełnie inaczej niż u zaszczepionej po raz pierwszy. Ustrój raz już zakażony odpowiada pewną odpornością — w każdym razie odpowiada inaczej. Szczepienie zarazkiem nieżywym nie wywołuje odporności. Wywołuje ją tylko zakażenie zarazkiem żywym. Podobne tu stosunki do zakażenia kiłą.

Odporność z zakażenia jest inną niż odporność z uodparniania.

W gruźlicy zarazek zabity, ani wytwory tego zarazka u zdrowego człowieka nie prowadzą do uodpornienia a operowanie żywym zarazkiem, takim jak gruźliczy jest bądź co bądź bardzo ryzykowne. Pewne bowiem osobniki mogą reagować na dany zarazek inaczej — właśnie dla nich może on być zjadliwym. Niewiadomo czy przy aplikacji metodą Calmette'a bezpieczeństwo jest zupełne.

W dalszej *dyskusji* przemawiali prof. Latkowski, Bujwid, doc. Janiszewski i Prof. Gieszczykiewicz, który przyznaje, że istnieje teoretyczne przypuszczenie, że zarazek gruźliczy może odzyskać jadowitość. To naturalne, że czem mniejsze ryzyko przy wprowadzaniu szczepionki, tem stosowanie jest przyjemniejsze.

Protokół z posiedzenia naukowego odbytego w dniu 10. V. 1926.

Przewodniczący kol. prof. Majewski. Obecnych 117.

Posiedzenie rozpoczęło się odczytaniem protokołu z posiedzenia naukowego w dniu 3 marca 1926 r.

Przyjęto na nowych członków: kol. Wodnickiego, Karczewskiego, Surzeca, Hildegardę Wielską.

Kol. prof. Walter przedstawia przypadek *„Tuberculidów skóry ze zmianami w gruczołach limfatycznych"* i przypadek *„Keratodermji"* naświetlanej promieniami Roentgena.

W dyskusji przemawia kol. Wielski i kol. prof. Bujwid.

Kol. Markowa miała sposobność przed rokiem demonstrować przypadek *zmięknienia kości u ciężarnej* w VII. m. ks. Omówiła wówczas dokładnie zaburzenia w metaboliźmie poglądy na etjologje schorzenia i kierunki leczenia. Chora, którą obecnie przedstawia liczy lat 43; rodziła 5 razy, z tego 4 siłami natury; ostatni zaś poród w r. 1923 skończył się wymóżdżeniem. Sprawa chorobowa toczy się od r. 1917. W tym okresie wojennym pacjentka odżywiała się źle, stała na granicy chronicznego głodowania; rozpoczęły się w typowych okolicach bóle kośćca, utrudnienie w chodzeniu, sama pacjentka dostrzegła zmniejszenie wzrostu. W tych warunkach zastąpiła w grudniu 1925 r. Na oddział sprowadziła ją nie postępująca sprawa zasadnicza, lecz niemożność oddawania moczu.

W wywiadach typowe współczynniki: głodowy i rozrodczy. W chwili przyjęcia stwierdzono: chore, w mięśniach stany porażenne i skurczowe; skurcz adduktorów typowy, skóra sucha, blada; nad szczytami wypuk przytłumiony, szmery oddechowe zaostrzone, ciepłota 37.2.

Zmiany w kośćcu w zakresie klatki piersiowej i kręgosłupa lędźwiowego; kształt miednicy typowy, ramiona kości łonowych zbliżone tak, że *per vaginam* swobodnie przechodzi tylko palec, z trudem dochodzi się do *pars vaginalis*, która znajduje się ponad spojeniem. Trzon macicy w tylnem sklepieniu, skąd ze względu na ustawienie *promontorium* wyprowadzić się nie daje, pacjentka moczu nie oddaje.

Badanie krwi wykazało: ciałek czerwonych 3.750.000, Hemoglobiny 70%, wskaźnik 0·94; szybkość opadania wzmożona. Haemogram wykazuje wzmożenie eozynofilów myelocytów, zgodnie z wynikami badań Neussera. W zakresie neutrofilów duże przesunięcie na lewo, atypowo przedstawia się lymphocytoza, bo 37·5% co możnaby tłumaczyć współistniejącemi zmianami w szczytach. Zakwaszenie obliczone przez kol. Łukaszczyka wykazuje rezerwę alkaliczną 44%.

Dnia 22. II. kol. Markowa otwarła jamę brzuszną, odprowadziła i usunęła macicę z przydatkami i jajem płodowem *en bloc*.

Przebieg pooperacyjny zadowalniający. Obecnie stan bardzo dobry, po operacji podawano adrenalinę m. Bossi, pituitrynę, fosfor m. Latzko.

Szybkość opadania c. czerwonych krwi obecnie znacznie mniejsza, zakwaszenie krwi wzrosło. Badanie mikroskopowe jajników w zakł. prof. Ciechanowskiego, nie wykazuje zmian, któreby świadczyły bądź o zaniku jajników bądź o przeroście gruczołu śródmiąższowego; ciałka żółte znajdują się w obu jajnikach, i to w jednym dwa w 2-gim jedno. Następnie kol. Markowa wspomina o piśmiennictwie obcem i polskiem, dotyczącem badań nad zmięknieniem kości; z punktu widzenia zakwaszenia ustroju, mówi o etjologji, patogenezie i leczeniu.

W dyskusji kol. Glassner podnosi, że przed wojną sprawę rozmiękczenia kości odnoszono do zaburzeń w wydzielaniu jajników. Tymczasem w czasie wojny wybuchła epidemja zmięknienia kości w Wiedniu z przewagą u mężczyzn i stąd uważano tę formę za inną i nazwano ją ostheopathią. Sprawa ta ma powstawać skutkiem braku witamin. Ponieważ w przypadku demonstrowanym przez kol. Markową w wywiadach jest złe odżywianie to czy i w tym przypadku nie mamy z tą formą do czynienia? Następnie kol. Glassner podnosi, że istnieje forma tarczycowa zmięknienia kości. W dalszej dyskusji zabiera głos kol. Doc. Tempka i kol. Markowa, która w odpowiedzi kol. Glassnerowi oświadcza, że 1) nie demonstruje tu Roentgenogramów gdyż 1 robiła to w swoim czasie, 2 zmiany są typowe i pod względem histologicznym wykazują różne stadja. 2) Moment głodowy podkreśliła. 3) O gruczole tarczykowym nie wspomina, gdyż w rozważaniach nad etjologją sprawy chorobowej, o której mowa, wszystkie gruczoły dokrewne muszą być brane w rachubę. Na plan pierwszy mają występować jajniki, nadnercza i grasica, gruczoł tarczowy zaś prawdopodobnie najmniejszą gra rolę.

W odpowiedzi kol. Tempce zaznacza, że badania kliniczne skrzętnie powinny gromadzić haemogramy ze wszelkich przypadków i spostrzeżenia nad szybkością opadania krwinek, a to dla ustalenia w przyszłości wartości tych spostrzegań. Kol. Dukiet przedstawia 2 przypadki zapalnych guzów jajnikowych. W przypadku pierwszym stwierdzono typowy ropień jajnika prawego przy równoczesnych nieznacznych zmianach zapalnych odnośnego jajowodu. Ropień ten przedstawiał sie jako guz wielkości pomarańczy w bardzo silnych zrostach z otoczeniem, w którego wnętrzu znaleziono wybitne ślady wskazujące nazlanie się kilku mniejszych ropni w jeden duży. Zakażenie postępowało drogą jajowodu po poronieniu odbytem przed 3 miesiącami. Niewyjaśnioną jest przyczyna niestosunku zmian zapalnych w jajniku do zmian odnośnego jajowodu.

Przypadek drugi odnosi się do chorej, która w pięć dni po porodzie siłami natury, nie badana w szkole położnych, nagle dostała dreszczy z podniesieniem ciepłoty do 39.6. Wywiązał się obraz typowej *endometritis puerperalis*. Równocześnie rozpozna-

no torbiel jajnika lewego. Ze względu na główną sprawę chorobową *endometritis puerperalis,* — trwała obserwacja chorej 2 miesiące i w tym czasokresie ustalono rozpoznanie torbieli zropiałej jajnika.

Przy zabiegu operacyjnym uzyskano preparat torbieli jajnika lewego wielkości głowy dziecka z nieznacznymi zmianami zapalnymi na powierzchni ściany torbieli, przy zupełnie nie wykazującej jakichkolwiek zmian patologicznych trąbce. Ponieważ nie można było uznać za drogę zakażenia ani wyrostka robaczkowego, ani jamy otrzewnowej — ani też odnośnego przymacicza, przyjęto, że zakażenie torbieli nastąpiło drogą krwi, a wyjściem tegoż było połogowe zapalenie błony śluzowej macicy. Bakterje, które w czasie przebiegu *endometritis puerperalis* znalazły się w krwi natrafiły na *punctum minoris resistentiae* jakim okazała się torbiel, która prócz tego mogła doznać urazu w czasie aktu porodowego.

Kol. Adamowicz (II. Kl. wewn.) przedstawia chorą z niedokrwistością złośliwą o typie aplastycznym, leczoną przetaczaniem krwi pobranej od chorej z objawami mocznicy. Pierwsze objawy choroby wystąpiły przed 3 laty, przed przybyciem do kliniki przechodziła duże remisje. Była leczona preparatami arsenu, żelaza, przechodziła też energiczne leczenie przeciwkiłowe.

W klinice żadne środki nie skutkowały.

Wystąpiły obrzęki, wolny płyn w jamie brzusznej, ogólne wyniszczenie, brak łaknienia, znaczne podniesienia ciepłoty, nareszcie w ciągu 2-ch dni przed zabiegiem stan, wprost beznadziejny z utratą świadomości oddechem Cheyne-Stockesa, *incontinentia alvi et urinae.* W krwi 380.000 ciałek czerwonych w 1 mm^3, haemoglobiny 12%, wskaźnik 1,6.

Wobec braku dawczyni z krwią normalną przetoczono sposobem bezpośrednim (kol. Jarzębowski i Sułczyński) 150 cm^3 krwi od chorej z azotemją. W ciągu najbliższych dni po zabiegu stan chorej tak podmiotowy jak i przedmiotowy zmienił się wprost nie do poznania. Odzyskała świadomość, ustąpiły objawy głodu tlenowego, stopniowo znikały obrzęki i wolny płyn z jamy brzusznej, przy wzmożonem oddawaniu moczu, równocześnie zjawił się wprost wilczy apetyt. W obrazie krwi niesłychanie szybki przyrost krwinek czerwonych, których liczba po 2 tygodniach wynosiła już 2.100,000 w 1 mm^3, haemoglobiny 61%, oraz objawy regeneracyjne wybitnie wyrażone. Obecnie chora ma się doskonale, chodzi i czuje się zdrowa. Z powodu dobrego stanu chorej dalszych przetaczań na razie zaniechano.

Następnie kol. Adamowicz przedstawia chorego chłopca l. 16., cierpiącego od 4-ch lat na krwawienie jelitowe występujące okresowo, przeważnie na wiosnę. Przed 2 laty na krakowskiej klinice wewn. stwierdzono u niego wrzód dwunastnicy. Krwawienia jelitowe powtórzyły się obecnie i przebiegają bez bolów. Chory niedokrwisty z podupadłem odżywieniem. Brak zupełny bolesności przy ucisku w jamie brzusznej. Wszechstronne badania kliniczne wykluczyły wszystkie sprawy mogące powodować krwawienie jelitowe z wyjątkiem owrzodzenia dolnego odcinka dwunastnicy lub początku jelita cienkiego. Chorego przedstawiono ze względu na obciążenie dziedziczne, mianowicie tak w rodzinie ojca jak matki 7 członków rodziny cierpiało na owrzodzenie trawienne żołądka lub dwunastnicy.

Kol. doc. Tempka przedstawia 46 l. mężczyznę z objawami *„Cirrhosis hepatis diffusa atrofica luetica"*. Wobec zupełnie ujemnych wywiadów co do kiły i ujemnego wyniku odczynu Wassermanna tak w surowicy krwi, jak i płynie mózgordzeniowym mimo prowokacyjnego zastosowania salwarsanu. Opierało się rozpoznanie głównie na *ex juvantibus*; mianowicie z chwilą rozpoczęcia leczenia swoistego zaczęły znikać objawy kliniczne: jak silne nocne bole w okolicy prawego podżebrza, kończące się wymiotami, białkomocz, urobilinurja i urobilinogenurja — nadto zaczął się cofać wyraźnie wolny płyn w jamie brzusznej.

Kol. Szczeklik demonstruje 3 przypadki.

Pierwsze dwa przypadki demonstruje ze względu na leczenie.

Pierwszy dotyczył kobiety l. 42, u której rozpoznano klinicznie *nephrosis*, ciągnącą się od 6 miesięcy i przebiegającą z bardzo dużemi obrzękami, bez zmian w układzie krążenia i we krwi. Leczenie polegało na podawaniu thyroidyny od 0,1—0.6 dziennie przez dni 20, w którym to okresie chora straciła 7:5 kg. obrzęków — chorej następnie podawano novasurol (dożylnie od 0:5—1:5) w 5-ciu injekcjach bez większego skutku, a wreszcie *amonium chlorat.* w ilości 124 g. przez 12 dni, przez który to czas chorej ubyło 10 kg. obrzęków, a diureza z 400 ccm moczu na dobę wzrosła na 2.500. Omówienie sposobu stosowania i działania thyroidyny i *amonium chloratum* jako środków moczopędnych.

Drugi przypadek — to mężczyzna l. 24. z rozpoznaniem *glomerulo-nephritis subs. hydrops. universalis.* U chorego powyższego znaleziono poza przerostem i rozszerzeniem całego serca, ciśnienie $^{195}/_{140}$ R. R.; w moczu krwinki czerwone i wałeczki ziarniste, a białka 10‰; azot pozabiałkowy wynosił 55 mgr., a stała Ambarda 0:12. Zastosowanie thyroidyny jako środka moczopędnego, obok środków nasercowych *(digipurat cadchol)*, dało wyniki zadawalniające, gdyż ubytek obrzęków w ilości 10 kg. w przeciągu 6 tygodni zażywania thyroidyny. (w ilości 0:25—1:8). *Amonium chlorat.* podane w tym przypadku niezadziałało moczopędnie.

Trzeci przypadek dotyczy 31-o letniej kobiety (panny) przedstawiono z tego względu, że rozpoznana klinicznie *sepsis cryptogenes* ciągnęła się w powyższej chorobie przez lat 8, nieupośledzając zbytnio sprawności zawodowej chorej nauczycielki. Badaniem klinicznem stwierdzono w powyższym przypadku podwyższenie ciepłoty dochodzące do 37.8° C. wieczorem, przesunięcie haemogramu Schillinga w lewo, przyspieszone opadanie krwinek czerwonych, oraz z objawów podmiotowych: bole i łamania w kościach i mięśniach kończyn górnych i dolnych. Wszystkie inne badania (bakterjologiczne, serologiczne, Roentgen i t. d.) wypadły ujemnie; podobnie jak nie zdołano w przypadku tym stwierdzić żadnych zmian w narządach i organach wewnętrznych chorej.

Sekretarz *Dr. Pawlas.*

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 30. stycznia 1926 r.

Przewodniczący kol. Rożkowski. Obecnych 24 członków.

I. Kol. Koniecpolski odczytał pracę p. t. *„Kiła mięśnia sercowego pod względem klinicznym"*. (praca będzie ogłoszona drukiem).

W dyskusji zabierali głos koledzy: Bram, Konar, Okuszko, Rożkowski, Szaniawski i mówca.

II. Sekretarz kol. Łokczewski odczytał *sprawozdanie roczne* z działalności naukowej Towarzystwa za rok 1925. W roku tym Tow. Lek. Częstochowskie miało 44 członków rzeczywistych i 3 członków honorowych; w ciągu roku przybyło 3 nowych członków (koledzy: Borkowski, de Castellati i Goldman); zmarli dwaj członkowie (koledzy Romuald Broniatowski i Ryszard Wołowski). Posiedzeń było 15, w tej liczbie: 1 nadzwyczajne, 3 kliniczne i 1 sprawozdawcze.

a) ważniejsze uchwały: powołano komitet organizacyjny Towarzystwa przeciwgruźliczego w Częstochowie, w osobach kolegów: Rożkowskiego, Brama, Kona Stefana, Kona Edwarda, Marczewskiego, Okuszko, Petrykata i Szaniawskiego.

b) specjalne przemówienia w liczbie 6-ciu wygłosili: 1) kol. Rożkowski — z powodu zgonu Dra Józefa Pawińskiego i prof. Edwarda Przeworskiego; 2) kol. Rożkowski z powodu 100 rocznicy urodzin Charcot'a; 3) kol. Rożkowski — z powodu zgonu kolegów Broniatowskiego i Wołowskiego; 4) kol. Rożkowski — zagajenie uroczystego posiedzenia ku uczczeniu Żeromskiego i Reymonta; 5) kol. Batawja — z powodu zgonu prof. Teodora Herynga; 6) kol. Bram — o zorganizowaniu w Częstochowie walki z rakiem.

c) sprawozdania ze zjazdów i inne — 4: 1) kol. Wrześniowski — sprawozdanie i wrażenia ze zjazdu Tow. Lek. Francusko-Polskiego w Paryżu; 2) kol. Rożkowski — sprawozdanie z I-go Zjazdu Przeciwgruźliczego w Krakowie; 3) kol. Okuszko — sprawozdanie z działalności Izby Lekarskiej Krakowskiej za r. 1924; 4) kol. Łokczewski — sprawozdanie z Obchodu Jubileuszowego Wileńskiego Tow. Lekarskiego.

d) pokazy chorych w Tow. lekarsk. — 13, w szpitalach — 19, razem — 32.

e) pokazy preparatów i przyrządów — 9.

f) kazuistyka — 3 przypadki.

g) odczyty i referaty — 12.

III. Skarbnik — kol. Edward Kon odczytał sprawozdanie roczne ze stanu kasy Towarzystwa. Dochód 1344 złot., rozchód 1284 zł., pozostałość na rok 1926-ty — 60 zł. Składki niewpłacone: za rok 1924 — 62 zł., za rok 1925 — 300 zł.

W dyskusji uchwalono od nowych członków pobierać wpisowe w kwocie 6 zł.

IV. Kol. Wasilewski — przewodniczący Sekcji Sanitarno-Lotniczej — odczytał sprawozdanie ze stanu funduszu na samolot sanitarny: zebrano 4395 zł. 96 gr., wydatki wyniosły 159 zł. 78 gr., pozostaje na r. 1926-ty 4236 zł. 18 gr.

W dyskusji uchwalono dalsze składanie ofiar na samolot sanitarny pozostawić dobrej woli członków.

Do zarządu Towarzystwa Lek. na rok 1926 wybrani zostali: na prezesa kol. Rożkowski; na wiceprezesa kol. Wrześniowski; na skarbnika kol. Wasilewski; na sekretarza kol. Łokczewski, na zastępcę sekretarza kol. Borkowski; na bibliotekarzy kol.

Edward Kon i kol. Popkow; na członków zarządu kol. Stawnicki i kol. Batawja. Do komisji rewizyjnej wybrani: kol. Petrykat, mag. farm. Nowak i kol. Okuszko.

Posiedzenie w dniu 13. lutego 1926 r.

Przewodniczący kol. Rożkowski. Obecnych 36 członków i 4 gości.

I. Kol. Rożkowski powitał dłuższem przemówieniem prof. M. Michałowicza, jako byłego członka Częstochowskiego Tow. Lek. i ruchliwego działacza społecznego przed laty 20 na terenie Częstochowy.

II. Profesr M. Michałowicz (z Warszawy) wygłosił odczyt ilustrowany specjalnemi tablicami na temat: *Podstawy klasyfikacji i leczenie zaburzeń w trawieniu i przyswajaniu u niemowląt*.

W dyskusji Kol. Okuszko zapytuje, jaki wpływ na biegunki u dzieci wywierają fizyczne metody lecznictwa, np. d'Arsonwalizacja. Prof Michałowicz wyjaśnia, że hodowle drobnoustrojów jelitowych ulegają zmianom pod wpływem układu nerwowego wegetatywnego, a stąd wpływ leczniczy w drodze działania na ten system. Kol. Wasilewski zwraca uwagę, że zastrzykiwanie roztworu cukru do zatok i komór mózgowych w praktyce prywatnej prowincjonalnej jest trudne do wykonania, wątpi żeby sposoby aktywacji organizmu były dostateczne bez stosowania starych wypróbowanych środków farmaceutycznych: kalomelu, nalewki jodowej, tannalbiny, soli karlsbadzkiej i t. p. Prof. Michałowicz odpowiada, że nie neguje działania niektórych leków, szczególniej przy nieżytach jelit grubych: dobre rezultaty daje nalewka jodowa, niekiedy bromek sodu. Asystent kol. R. Stankiewicz streszcza zasadnicze wnioski z odczytu prof. Michałowicza: należy odróżniać sprawy lekkie bez spadku wagi od spraw ciężkich, potęgowanych z zaburzeniem przemiany materji i równowagi, w tych ostatnich — należy odpowiednio zmienić pożywienie; zamiast dawnego głodzenia chorych dzieci stosuje się obecnie wzmożone odżywianie. Wprowadzenie dużych ilości cukru tłumi rozmnażanie bakterji i wiąże wodę. *„Qui bene nutrit, bene curat"*. Kol. Szaniawski miał nieraz świetne wyniki przy zmianie pożywienia na inne kontrastowe.

III. Asystent kliniki chor. dziec. w Warszawie kol. R. Stankiewicz wygłosił przemówienie: *„O opukiwaniu czaszki niemowląt i jego znaczeniu rozpoznawczem"*.

W dyskusji kol. Okuszko zwraca uwagę, że większe ciśnienie po stronie lewej czaszki może być skutkiem większego rozwoju lewej półkuli mózgu; ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego winno być mierzone manometrem, sama bowiem obserwacja wypływu cieczy może powodować błędne wnioski. Kol.Szaniawski podkreśla subjektywizm metody opukiwania czaszki. Kol. Koniecpolski podnosi wartość metody opukiwania czaszki; opukiwanie czaszki daje wskazania do nakłucia lędźwiowego (przy wzmożonem ciśnieniu); powołuje się na pracę Koeppe'go.

Sekretarz: *A. Borkowski.*

Polskie Towarzystwo dermatologiczne. Oddział Lwów.

Posiedzenie naukowe w dniu 14. stycznia 1926.

I. Kol. Leszczyński przedstawia przypadek *Liszajca pryszczykowego (impetigo herperiformis)*. Kobieta ciężarna, chora od 4 tygodni. Osutka prosówkowa z treścią ropną na dolnej połowie brzucha, we fałdzie międzypośladkowym, na palcach, na prawym pośladku. Chwostek dodatni. *Bielactwo nabyte (leukoderma acquisitum centrifugum Sutton)* — dotychczas 5. przypadek w Europie. Odczyn skórny według Groera na adrenalinę obniżony. c. 3 przypadki łuszczycy w rozmaitych okresach leczenia zapomocą diatermji grasicy (po 57, 48 i 13 nagrzewaniach).

II. Kol. Mierzecki przedstawia chorego, 24 letniego mężczyznę, *z rumieniem kilowym (erytema lueticum circinnatum)*. Zakażenie w sierpniu 1924., w październiku osutka, O. W. dodatni, w marcu 1925 O. W. ujemny, drugie leczenie, w tydzień po drugiem leczeniu kłykcina na prąciu, Spir. +. We wrześniu 1925 bez objawów, O. W. silnie dodatni, trzecie leczenie; wśród leczenia wystąpiły kłykciny na prąciu. Spir. +. Obecnie zgłasza się z *erythema circinnatum*.

Posiedzenie naukowe w dniu 4. lutego 1926.

I. Kol. Ostrowski przedstawia mężczyznę z *Naevus epitheliomatosus sebaceus* nad lewem uchem i pokazuje preparat histologiczny. Lenartowicz zwraca uwagę na rzadkość takich przypadków. Wolters 4 przypadki, Fribes jeden — na zgodność budowy histologicznej z opisem Fribresa i na to, że w 3 przypadkach Woltersa równie jak w przedstawionym zmiana znajdowała się nad lewem uchem.

II. Kol. Biliński przedstawia chorego *z łupieżem liszajowatym przewlekłym (Pityriasis lichenoides chronica)*.

III. Kol. Kauczyński wygłasza odczyt z przeźroczami: *Instytut światłoleczniczy Finsena w Kopenhadze.* (Rzecz przeznaczono do druku).

Posiedzenie naukowe w dniu 18 lutego 1926.

I. Prof. Lenartowicz przedstawia a) typowy przypadek *rumienia wielokształtnego wysiękowego (erythema exsudativum multiforme)*. Wykwity w postaci nadżerek wielkości jednogroszówki jedynie na rękach po stronie grzbietowej, a częściowo i dłoniowej, grzbiety stóp zupełnie wolne. Drobny, utrzymany jeszcze wykwit w postaci współśrodkowych pęcherzy ułatwia rozpoznanie, b) Kiłę z *roseola granulosa*, bardzo rozległą z wybitnemi ciemniejszemi punktowanemi plamkami odpowiadającemi ujściom gruczołów łojowych i torebek włosowych. Plamy na przedramionach i grzbietach rąk przypominają wykwity rumienia wielopostaciowego wysiękowego. Błony śluzowe bez zmian. O. W. wybitnie dodatni.

II. Kol. Andruszewski przedstawia przypadek *Zwykłego tocznia nabrzmiałego małżowiny usznej (Lupus vulgaris tumidus)*.

III. Kol. Ostrowski przedstawia przypadek *Pęcherzycy bujającej* dobrotliwej u 22 l. chorej; sprawa toczy się od 5 lat. Początkowo objawy jak Duhring, od 3 lat przybierają cechy pęcherzycy bujającej; nasilenie przeważnie w okresie perjodów. Obecne umiejscowienie zmian na wargach sromowych. Różniczkowo wchodzą w rachubę: *pyodermite végétante Hallopeau i dermale polymorphe douloureuse.* Tłem są prawdopodobnie zaburzenia gruczołów dokrewnych, zwłaszcza jajników.

IV. Kol. Leszczyński przedstawia 1. przypadek *Pęcherzycy symptomatycznej (Pemphigus symptomaticus); 2. Pęcherzycę zwykłą*.

V. Kol. Blatt przedstawia przypadek *akrodermatitis atrophicans.*

VI. Kol. Mierzecki omawia zejście przypadku *Poikilodermia atrophicans vascularis.*

VIII. Kol. Franke jako gość wygłasza odczyt: *Skóra a nerki.* (Ukazało się w P. G. L.).

Posiedzenie naukowe w dniu 4. marca 1926.

I. Kol. Mierzecki przedstawia chorą z *Anetodermia Jadassohn* na lewym ramieniu.

II. Kol. Andruszewski przedstawia przypadek *kiły guzkowej pełzającej* dość banalny, ale wykazujący ważność badania całej skóry. Mianowicie chora zgłosiła się z powodu „liszaja" na przedramieniu lewym, który rzekomo powstał z zarażenia się od kota domowego: który rzeczywiście przy pierwszem badaniu mógł uchodzić za grzybicę typową powierzchowną. Dopiero badanie całej skóry i skonstatowanie wykwitów niewątpliwie kiłowych na całej kończynie dolnej prawej koryguje pierwsze wrażenie i naprowadza na właściwe rozpoznanie.

III. Kol. Mierzecki przedstawia chorą z *wykwitami kiły obrączkowej (Lues circinnata)* na karku, pochodzącymi z zakażenia pozapłciowego *(virgo intacta)*.

IV. Kol. Ostrowski przedstawia przypadek *pro diagnozi:* 60-letni mężczyzna z owrzodzeniem na tle żylaków na podudziach; nagle wystąpiły liczne pęcherze na podudziach, bezsenność, postępująca wieloraka zgorzel skóry, mumifikacja palców, liczne rozsiane wylewy krwawe. Krew wskazuje na postępującą niedokrewność (2.600.000—1.600.000 cz. c.) z leukocytozą (28.000-40.000-12.000 b. c.). W. ujemny.

V. Kol. Mierzecki przedstawia przypadek *płaskich brodawek młodzieńczych (verucae planae juveniles)* na głowie i czole gęsto rozsiane, tak że się zlewają ze sobą; sprawa rozpoczęła się przed 8 laty. W dyskusji Andruszewski podaje, że w tym przypadku etjologicznie rolę odgrywała wkładka ceratowa czapki.

VI. Kol. Goldschlag przedstawia przypadek *Summer prurigo Hutchinson. W dyskusji* zabierają głos Ostrowski, Leszczyński, Salpeter, Lenartowicz.

VII. Kol. Sawicka przedstawia chorego z *Folliculitis exulcerans Łukasiewicz* na klatce piersiowej. *W dyskusji* Goldschlag, Salpeter, Leszczyński, Ostrowski, Andruszewicz wskazują na to, że do literatury zagranicznej zakradł się zwyczaj podciągania pod tą nazwę spraw należących raczej do acnitis i tuberkulidów, podczas gdy rzeczywista *Folliculitis exulcerans Łukasiewicz* poszła w zapomnienie.

VIII. Kol. Lenartowicz przedstawia a) przypadek *gruczolaka łojowego Pringle (Adenoma sebaceum Pringle)* u mężczyzny 22 letniego z prawidłową inteligencją ale wyraźnie zaznaczo-

nemi ekwiwalentami padaczkowemi. Zmiany o typowem rozmiękczeniu i wyglądzie drobnych czerwonawych guzków, częściowo się zlewających. Na karku liczne włókniako-nerwiaki, na tułowiu wykwity guzkowate brunatnawe o charakterze znamion. b) przypadek liszaja rumieniowatego, w którym zmiany chorobowe ustąpiły niemal zupełnie po dwukrotnem zapędzlowaniu ich kwasem karbolowym. Sposób leczenia wygodny, stosowany już poprzednio w 6 przypadkach, z tych w 5 z dobrym wynikiem.

Posiedzenie naukowe w dniu 18. marca 1926.

I. Kol. Goldschlag przedstawia a) dalszy przypadek *Summer prurigo Hutchinson* i podnosi ochronne działanie maści chininowej. Salpeter podaje, że w tym przypadku z dobrym skutkiem stosował pastę „Ultrazeozon". b) Morbus Darier u 18-letniej dziewczyny. Zmiany na skórze od dzieciństwa; zajęte szyja, tułów, drobne ogniska na twarzy i karku. Błony śluzowe wolne. Histologiczny obraz typowy.

II. Kol. Sawicka przedstawia 1. *twardziel*, 2. przypadek *pro diagnosi brodawczakowatość jamy ustnej* po stronie prawej o niejasnej etjologji.

III. Kol. Nadel przedstawia 1. *Brudziec kiłowy (rupia syph.)*. Przed rokiem *exanthema varioliforme*, w czasie wcierań nawrót. W 3 miesiące po leczeniu drugi nawrót, O. W. dodatni. 2. Koloidy u chorego z błonami po ranach ciętych i postrzałowych wytworzyły się tylko w bliznach po ranach ciętych. *W dyskusji* nad terapią koloidów zabierają głos Leszczyński, Goldschlag, Mierzecki, Lenartowicz, Ostrowski.

IV. Kol. Leszczyński przedstawia *Przypadek pecherzycy łuszczącej się i przechodzącej w bujanie*.

V. Kol. Blatt przedstawia: 1. *przypadek pęcherzycy objawowej* już raz pokazanej z wynikiem leczenia stosowanego na oddziale prym. Leszczyńskiego, (Chinina, Urotropina, Diuretyna, Kąpiele krochmalno-dziegciowe): 2. *wielokształtnego rumienia wysiękowego rozległego;* 3. chorą z *zapaleniem guzkowem okołożylnem i z rumieniem (erythema induratum);* Bazin, d. *casus pro diagnosi, prawdopodobnie ostry wrzód sromu. W dyskusji* zabierają głos Lenartowicz i Salpeter, którzy zgadzają się z rozpoznaniem ostrego wrzodu sromu.

Sekcja sanitarna T. W. Wojsk. w Stanisławowie.

Protokół posiedzenia Sekcji Sanitarnej T. W. Wojsk. w Stanisławowie z dnia 30 stycznia 1926 r.

Obecnych: 7 lekarzy wojskowych, 1 aptekarz wojskowy, i 1 lekarz cywilny i 1. aptekarz cywilny.

Przewodniczący: Płk. lek. Dr. Axentowicz Kazimierz.

Kapitan aptekarz Jęlonek Walery wygłosił odczyt na temat: *„Sterilizacja w zastosowaniu technicznem"*, (część I-a).

Temat współfachowy niejako, dla lekarza i aptekarza, w wykonaniu właśnie tej pracy fachowej ujawnia się niejako wspólność zawodowa oddzielnych dziś od siebie dwóch gałęzi wiedzy: lekarskiej i aptekarskiej. Na ogół powiedzieć można, że problem sterilizacji dziś ma nawet większe znaczenie i więcej wymaga fachowości od aptekarza jak od lekarza. Zakres tej czynności ogranicza się u lekarza przeważnie tylko do wyjaławiania narzędzi rzadziej opatrunków, zaś aptekarzowi pozostaje zasadniczo wyjaławianie środków opatrunkowych oraz najważniejszy i już skomplikowany dział: wyjaławianie środków i preparatów leczniczych. Doniosłe znaczenie problemu sterilizacji dla wiedzy aptekarskiej zrozumiane zostało niestety stosunkowo późno, bo dopiero w ostatnich kilku latach, a wyrazem tego jest wprowadzenie bakterjologji i toksykologji, jako przedmiotów ważnych w niedawno znacznie rozszerzonych studjach farmaceutycznych. W istotę sterilizacji zbytnio nie wnikam, gdyż zadaniem mojem jest omówienie strony technicznej tejże.

W drugiej połowie ubiegłego stulecia (rok 1862), gdy nieśmiertelny Pasteur odkryciami swojemi skierował wiedzę lekarską na nowe tory, względnie nawet sztukę lekarską uczynił wiedzą, problem sterilizacji zaczyna zajmować w lecznictwie pierwszorzędne znaczenie. Sterilizacja praktyczna zapoczątkowana przez uczonych jak Koch i Kohn, udoskonalana powoli pracami Listera i francuskiego aptekarza la Maire'a — rozwija się i częściowo dzięki szybkiemu postępowi techniki dochodzi prawie do absolutnej doskonałości.

Obok wiadomego znaczenia dla wiedzy lekarskiej, odgrywa dziś doniosłe znaczenie w ogromnie rozwiniętym przemyśle spożywczym. Wyjściem sterilizacji (wyjaławiania) staje się dezynfekcja (odkażanie), przy których to zasadniczej różnicy niema. Sterilizację rozdzielić można na dwa rodzaje: chemiczną i fizyczną.

Chemiczną ze względu na zastosowanie związków chemicznych działających bakterjobójczo, fizyczną ze względu na działanie wyższej temperatury pary wodnej lub suchego powietrza. Najstarszą i najprostszą forma sterilizacji jest wygotowanie w wodzie bez posługiwania się specjalnym przyrządem. Stąd też wyjście do różnorodnych i skomplikowanych aparatów dziś będących w użyciu.

Opisując te aparaty, podaję sposób obchodzenia się z niemi, i celowego używania. Posługiwanie się rozmaitymi sposobami sterilizacji, uwzględniając własności chemiczne i fizyczne związków i preparatów leczniczych opatrunków i narzędzi. Osobno zwracam uwagę na sposoby fabrykacji drobnej i masowej leków w postaci t. zw. ampułek dla wstrzykiwań. Dla kontroli skuteczności przeprowadzonej sterilizacji posługiwanie się t. zw. indykatorami, a więc termoindykatory i hydroindykatory, (kontrolne paski Mikulicza i t. p.). Na koniec specjalne zwrócenie uwagi na potrzeby wojska z zakresu sterilizacji ze względu na nieco odmienną pracę w dzisiejszej dobie aptekarza wojskowego i cywilnego. (Streszczenie własne).

Za zgodność odpisu:

Dr. Okławiec Kpt. lek. Sekretarz.

Dr. Axentowicz Płk. lek. Przewodniczący Sekcji Sanit. T. W. W. Garnizonu Stanisławów.

A. Dąbrowski Mjr. lek. Komendant Szpitala.

SPRAWY ZAWODOWE.

Komitet wykonawczy Woj. Komisji Walki z gruźlicą.

VI. Posiedzenie w dniu 4. maja 1926.

Obecni: Dr. Mikołajski, Dr. Kuhn, Dr. Szaynowski, Dr. Mosler, Prof. Dr. Rencki, Doc. Dr. Grek, Doc. Dr. Sabatowski, Prof Nowicki, Dr. Meisels, Dr. Zabłocki. Usprawiedliwili nieobecność: P. Maszkowski i Gen. Dr. Zieliński.

Przewodniczący: Dr. Mikołajski.

Porządek dzienny: 1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia, 2. Sprawa rozdziału subwencji.

1. Dr. Mikołajski odczytuje protokół poprzedniego posiedzenia, który przyjęto.

2. Dr. Mikołajski zawiadamia, że Gen. Dyrekcja Służby Zdrowia nadesłała do dyspozycji Wojew. Komisji walki z gruźlicą kwotę 1900 zł. i że Lwowskie Towarzystwo wniosło podanie o udzielenie mu z tej kwoty 1000 zł. na pokrycie części kosztów druku broszury popularnej o gruźlicy.

Dr. Kuhn wyjaśnia, że druk 20.000 egz. broszury kosztować będzie około 2000 zł. a Towarzystwo posiada tylko 1000 zł. Podjęło ono to wydawnictwo poniekąd na zlecenie Wojewódzkiej Komisji i 4000 egz. oddaje kuratorjum Szkolnemu bezpłatnie w celu rozesłania do wszystkich szkół w okręgu. Dr. Kuhn wnosi, by podanie Tow. Higjenicznego uwzględnić i udzielić mu 1000 zł. subwencji.

Prof. Dr. Rencki zgłasza poprawkę do powyższego wniosku, a mianowicie, aby udzielić Tow. Higjenicznemu tytułem pożyczki 1000 zł. na wydawnictwo broszury popularnej o gruźlicy. Po rozsprzedaży broszury ma Towarzystwo zwrócić Wojew. Komisji walki z gruźlicą pożyczoną kwotę do użycia na inne cele walki z gruźlicą.

Na wniosek Prof. Dr. Renckiego uchwalono udzielić dla Klinicznej Przychodni przeciwgruźliczej subwencji w kwocie 450 zł. na zakupno wagi, 250 zł. subwencji dla Komitetu Wystawy Przeciwgruźliczej do rąk Prof. Nowickiego i 200 zł. wyasygnować do rąk Prof. Renckiego na zakup wzorowych spluwaczek, które rozdzieli się po Przychodniach przeciwgruźliczych.

Na wniosek Dr. Szaynowskiego uchwalono zaopatrzyć Przychodnię w Krośnie po wybudowaniu dla niej domu w mikroskop, który na razie zdeponuje się w Przychodni klinicznej we Lwowie do tymczasowego użytkowania.

Komitet Wykonawczy uchwalił zwrócić się do Gen. Dyrekcji Służby Zdrowia z usilną prośbą o dalszy wydatny zasiłek na cele walki z gruźlicą w Województwie Lwowskiem, a także w szczególności na potrzeby Komitetu organizacyjnego II. Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego i Komitetu Wystawy Przeciwgruźliczej.

Na tem obrady zakończono.

Dr. Mikołajski w. r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Osobiste. P. Generalny Dyrektor Służby Zdrowia Publ. dr. Czesław Wroczyński, odznaczony został Krzyżem Komandorskim orderu „Odrodzenia Polski" za zasługi w dziedzinie administracji państwowej na polu służby zdrowa publ.